

Vurdering i praksisstudier

– kontaktsykepleierens erfaringer

Jette Foss



Hovedfagsoppgave Institutt for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

27.03.2007



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Jette Elsborg Foss	Dato: 25.03.07
Tittel og undertittel: Vurdering i praksisstudier – kontaktsykepleierens erfaringer.	
<p>Hensikt: Hensikten med denne studien var å beskrive hvordan kontaktsykepleieren gjennomførte vurderingen av sykepleiestudentene i praksisstudier og hvordan de opplevde sitt ansvar for vurderingen.</p> <p>Forskningsspørsmål: 1. Hvilke rutiner har kontaktsykepleieren for vurdering 2. Hvilken kompetanse vektlegges i vurderingen 3. Hvordan opplever kontaktsykepleieren sitt ansvar for studentvurdering 4. Hva oppleveres som den største utfordringen i vurderingen</p> <p>Innen sykepleierutdanningen har vurdering i praksisstudier som mål å gi studenten informasjon om studiefremgang (formativ vurdering) samt sikre at studenten har tilegnet seg den profesjonelle kompetansen (summativ vurdering) som Rammeplan for 3-årig sykepleierutdanning krever. Vurderingsprosessen karakteriseres av en prosess der normalt inkluderer identifikasjon av relevante standarder, en undersøkelse av hvordan den som skal vurderes handler i forhold til disse standarder og en tolkning av resultatene. Anlegger man et rettferdighetsperspektiv på vurdering, er det viktig å la de som har interesser i en vurderingsprosess delta aktivt i avgjørelser når det gjelder praksissituasjonen.</p> <p>Metode: Studien har et kvalitativt, eksplorerende design. Tretten kontaktsykepleiere fra praksisfeltet innen sykehus, hjemmesykepleie og psykisk helsevern ble intervjuet i to fokusgrupper, to ganger i hver gruppe. Data er analysert ved hjelp av latent innholdsanalyse.</p> <p>Funn: Vurderingen startet for kontaktsykepleierne fra sykehus med en summativ vurdering. Vurderingen medførte at studentene ble delt i to grupper, de dyktige og de svake. Kontaktsykepleierne hadde ulike vurderingsrutiner alt etter om studenten var dyktig eller svak. De beskrev utfordringene i vurderingen knyttet til mangel på tid, arbeidsdagens organisering, vanskeligheter med å tolke og forstå målene, og det å vurdere en student til ikke bestått. De opplevde et stort ansvar for at vurderingen skulle være rettferdig, hvilket ble spesielt vanskelig i relasjon til det å vurdere studenten til ikke bestått. Da ble fokus først endret fra å være rettferdig mot studentens manglende kompetanse til å være rettferdig mot deres kompetanse som veileder. Kontaktsykepleieren søkte etter feil og mangler hos seg selv, som årsak til studentens manglende måloppnåelse. Deretter fokuserte de sterkt på dokumentasjon av studentenes manglende kunnskap og kompetanse. På sykehuset hadde flere kontaktsykepleiere erfaring med å vurdere studenten til ikke bestått, mens ingen av kontaktsykepleierne i hjemmesykepleien eller psykisk helsevern hadde denne erfaringen. Opplevelsen av ensomhet i forhold til vurdering ble tydelig beskrevet. Kontaktsykepleierne kunne oppleve at deres egen vurdering og lærerens vurdering av studenten var ulike. Denne ulikheten opplevde de som mistillit til deres egen vurdering og kompetanse. Funnene viste at det fantes læringsbarrierer i praksisstudiene så som mangel på refleksjon og feedback.</p> <p>Konklusjon: Veiledning og den formative vurderingen er tett knyttet sammen. Kvaliteten på vurderingen er dermed tett knyttet til kvaliteten på veiledningen. For å ivareta studentens rett til kontinuerlig veiledning og vurdering er det nødvendig med veilednings- og vurderingskompetanse samt frigjort tid for kontaktsykepleierne. En annen forutsetning for sikre å valid og rettferdig vurdering er at studentene har optimale læringsbetingelser i forhold til praksisstudienes målsetting.</p>	
Nøkkelord: Vurdering, evaluering, skikkethet, formativ, summativ, kontaktsykepleier, sykepleierstudent, praksisstudier, ansvar, utdanning, sykepleie	



UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTETET
Institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Jette Elsborg Foss	Date: 25.03.07
Title and subtitle: Assessment in clinical practice - The experiences of clinical nurse supervisors	
<p>The aim of this study was to describe how clinical nurse supervisor executed their assessment of student nurses during their clinical practice and how they experienced their responsibility for this assessment.</p> <p>Research questions: 1. Which routines do clinical nurse supervisors have for assessment 2. What type of competence was the focus when assessing the student 3. How do clinical nurse supervisor experience their responsibility for the assessment 4. What do they regard as the largest challenge during assessment</p> <p>In accordance with the curriculum for the three year nurses training, the principle aim of the assessment during the students clinical practice is to give them progress feedback (formative assessment) and ensure that the student have achieved professional competence (summative assessment). The assessment process is characterized as a process, which normally includes the identification of relevant standards, an investigation of how those who being assessed behaves and acts according to those standards and an interpretation of the results. In accordance with principles to safeguard fair assessment, it is important to permit those involved in this process to take an active part regarding clinical studies.</p> <p>Method: This study has a qualitative, explorative design. Thirteen clinical nurse supervisors from the clinical field within hospitals, home-care nursing and psychiatric health care were interviewed in two focus groups, each group twice. The data were analysed using latent content analysis.</p> <p>Findings: Assessment commenced for the supervisors in the hospital with a summative assessment. This assessment resulted in the division of the student in two groups, the competent and less competent. The clinical nurse supervisor had different assessment routines according to the level of competence of the students. The described challenges related to lack of routines, the way their daily work was organized, difficulties in interpreting and understanding of the learning outcome and the assessment of students who had failed. Consequently the focus then was moved from the students lacking competence towards their own competence as supervisor. The clinical nurse supervisor searched for lack of competence in their own behaviour as a reason for the students not reaching their learning goals. Thereafter they focused strongly on documenting the students lacking knowledge and competence. It was only the clinical nurse supervisors from the hospital who had experienced to fail students. The feeling of loneliness during the assessment was clearly expressed. The clinical nurse supervisors could experience that their own assessment of the student and that of the teachers were different. These differences were experienced by the nurse as lack of confidence of their own assessment and competence. The findings showed that there existed learning barriers in clinical practice studies exemplified as lack of reflection and feedback.</p> <p>Conclusion: Supervision and formative assessment are closely connected. The quality of assessment is therefore related to the quality of the supervision. In order to comply with the rights of the students for continuous supervision and assessment the clinical nurse supervisor must have kompetence in supervision and assessment in addition to scheduled time for this work. A core principle for valid and fair assessment is that the students must have optimal learning conditions in relation to the goals and standards of their clinical studies.</p>	
Key words: Assessment, evaluation, formative, summative, clinical nurse supervisor, preceptor, clinical studies, nurse student, responsibility, suitability, nursing education, nursing	

Forord

En stor takk til alle dere som deltok i denne studien. Det var en berikelse for meg å få lov å høre, hvordan dere opplevde å skulle gjennomføre vurderingen av studentene i praksisstudiene.

En takk skal også gå til Institutt for Sykepleievitenskap. Det var flott at dere tok vare på oss i den siste innspurten.

Sist, men ikke minst, en takk til Elsy Athlin som har bidratt med all sin faglige kunnskap og sitt engasjement. Du har gjort det lett for meg å arbeide med fagstoffet.

Nå gleder jeg meg til å fortsette mitt samarbeid med kontaktsykepleiere og studenter både i skolen og i praksisfeltet. Dere gjør det spennende, utfordrende og morsomt at være lærer.

Innhold

1. INNLEDNING.....	9
1.1 STUDIENS HENSİKT OG PROBLEMSTİLLİNG.....	11
1.2 STUDIENS RELEVANS.....	13
1.3 AVGRENSNINGER.....	14
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNİNG.....	15
2. PRAKSİSSTUDİER I SYKEPLEIERUTDANNİNGEN.....	17
2.1 FRA LÆRLİNGEORDNİNG TIL REFLEKTERT LÆRİNG PÅ VİTENSKEPELİG GRUNN.....	17
2.2 ANSVAR, ORGANISERİNG OG MÅL FOR PRAKSİSSTUDİER	18
2.3 KUNNSKAP OG LÆRİNG I PRAKSİSSTUDİER.....	23
2.4 KOMPETANSE I SYKEPLEIE.....	26
2.5 VEİLEDNİNG I PRAKSİSSTUDİER.....	28
3. VURDERİNG	34
3.1 BEGREPSAVKLARİNG.....	34
3.2 RAMMER FOR VURDERİNG.....	36
3.3 UTFORDRİNGER I VURDERİNG	39
4. STUDIENS GJENNOMFØRİNG.....	42
4.1 DESIGN OG METODE.....	42
4.2 FOKUSGRUPPEİNTERVJU.....	43
4.2 İNFORMANTER.....	45
4.3 DATAİNNSAMLİNG.....	48
4.3.1 Intervjuguide.....	48
4.3.2 Gjennomføring av intervjuene.....	49

4.4 DATAANALYSE.....	51
4.4.1 Innholdsanalyse.....	51
4.4.2 Analyseprosess.....	52
4.5 STUDIENS HOLDBARHET.....	54
4.6 FORSKNINGSETISKE BETRAKTNINGER.....	57
4.7 METODEDISKUSJON.....	58
5. PRESENTASJON AV FUNN.....	61
5.1 KONTAKTSYKEPLEIERENS VURDERINGSRUTINER.....	61
5.2 METODER FOR INNSAMLING AV VURDERINGSGRUNNLAG.....	64
5.2.1 Observasjon.....	65
5.2.2 Dialog.....	66
5.2.3 Studentens egenvurdering.....	67
5.2.4 Tilbakemelding fra kolleger.....	68
5.3 KUNNSKAP OG KOMPETANSE SOM VURDERES.....	68
5.4 UTFORDRINGER I VURDERING.....	71
5.4.1 Stryk av student.....	71
5.4.2 Samarbeid med lærer.....	73
5.4.3 Nyutdannet kontaktsykepleier.....	74
5.5 OPPLEVELSE AV ANSVAR	75
6. DRØFTING	77
6.1 EN RETTFERDIG VURDERING.....	78
6.1.1 Tidsmangel og organisering av arbeidsdagen.....	78
6.1.2 Mangel på vurderingsrutiner.....	82
6.1.3 Metoder for innsamling av vurderingsgrunnlag.....	84

6.1.4 Å tolke og forstå målene for praksisstudiet.....	87
6.1.5 Ikke bestått praksisstudie.....	90
6.2 VURDERING – INDIVIDUELT ELLER KOLLEKTIVT ANSVAR?.....	94
6.3 LÆRINGSBARRIERER.....	97
6.4 KOMPETANSE I KONTAKTSYKEPLEIERROLLEN.....	100
7.0 KONKLUSJON OG VIDERE ANBEFALINGER.....	103
7.1 ANBEFALINGER FOR VIDERE STUDIER.....	105
LITTERATURLISTE.....	107
VEDLEGG	117
VEDLEGG 1.....	118
VEDLEGG 2.....	120
VEDLEGG 3.....	121
VEDLEGG 4.....	122
VEDLEGG 5.....	123

1. Innledning

Vurdering finner sted i en mengde ulike kontekster og med ulik hensikt innen sykepleieutdanning. Relatert til den enkelte student kan hensikten være å informere om det neste steget i undervisningen, summere ståsted på et gitt tidspunkt, utvelgelse, sertifisering eller veiledning. Alt dette har betydning for studenten på kort eller langt sikt (Harlen 1994).

En stor del av sykepleierutdanningen finner sted i sykepleiepraksis. Praksisstedets sykepleiere er kontaktsykepleiere for studentene og har ansvar for daglig veiledning og vurdering av studentene. Kontaktsykepleieren er dermed en viktig aktør i studentens læringsprosess og samarbeidspartner for høgsolen og høgsolens lærere.

Innen sykepleieutdanningen kan en valid vurdering i praktiske studier synliggjøre og dokumentere studentenes sykepleiefaglige kompetanse, det vil si de ferdigheter, kunnskaper og holdninger som må erverves for å kunne utføre faglig forsvarlig sykepleie. Det er kontaktsykepleieren som i samhandling med studenten vil kunne observere studentens sykepleiefaglige kompetanse og som har ansvaret for å samle vurderingsgrunnlaget og videreformidle det til både student og lærer.

I ”Sykehuset som klasserom” (Heggen 1995) beskrives et eksempel på en vurderingssituasjon, hvor studentens kunnskaper og kompetanse i forhold til skolens mål ikke synliggjøres:

*Møtet åpner med beroligende småprat og framlegging av
evalueringskjema mens vi venter på at kontaktsykepleieren skal komme.
Både kontaktsykepleieren og sykepleieren innleder med noen kommentarer
om at de har vært lite sammen med Heidi.*

Læreren trekker frem det første punktet i vurderingsgrunnlaget, nemlig hvorvidt Heidi anvender sykepleiens historiske, filosofiske og etiske grunnlag i sin utøvelse av sykepleie. Begge sykepleierne ser ned, og det er total taushet. Læreren griper ordet og spør Heidi hvordan hun vil vurdere seg selv i forhold til dette punktet. Heidi sier at hun forsøker å anvende de teoriene hun har lært, i praksis. Det må noteres ned på skjema. Heidi vet ikke riktig hvordan hun skal få formulert det skriftlig og får lærerassistanse. Det samme gjentar seg på neste punkt som etterspør studentens evne til å bruke sykepleieteorier og modeller i utøvelsen av sykepleien. Stillheten er en aning mer pinlig denne gangen, før en av sykepleierne bryter inn med følgende kommentar: Unnskyld meg, jeg er visst dum, men hva betyr egentlig disse flotte ordene?” (s.133-134)

Konsekvensene av vurderinger gjennomført som beskrevet i eksemplet over, kan være at vurdering ikke alltid vil være et redskap til vekst og utvikling for studenten. En slik tilfeldig gjennomføring kan også ha som konsekvens at ikke alle blir vurdert ut fra samme grunnlag og dermed kan studentene oppleve vurderingen som urettferdig. Det kan også bety at studenten faktisk ikke har oppnådd den kompetanse som blir krevd for å få godkjent praksisstudiet.

Nettopp det å være aktør i vurdering av sykepleiestudenter, mener jeg medfører et stort etisk ansvar overfor den som vurderes. I følge Ålvik (1999) må man være oppmerksom på hvilke prosesser man sannsynligvis kommer til å fremme eller hemme, hvilke krefter som støttes og om det er i samsvar med de idealer som skolen gjerne vil etterleve. Gjennom vurdering kan man påvirke andres selvaktelse i negativ retning, og heldigvis også det motsatte (Stenbek1991). Også overfor samfunnet har kontaktsykepleieren et etisk ansvar ved ikke å godkjenne studenter som ikke har tilegnet seg den yrkeskompetanse som kreves for å kunne yte faglig forsvarlig sykepleie.

Verdigrunnlaget i sykepleien og sykepleieutdanningen bygger på det kristne humanistiske menneskesyn som pålegger oss å møte den andre med respekt og likeverd. Utdanningen skal søke å ivareta et helhetlig syn på mennesket og fremme verdier som rettferdighet, ansvarlighet og solidaritet (KUF 2000). Når disse verdier skal ivaretas i praksisstudier betyr det blant annet at studentene har krav på vurdering som baseres på rettferdighet, likhet og valide data om deres sykepleiekompetanse.

House (1993) mener at hvis man anlegger et rettferdighetsperspektiv på vurdering, er det viktig å la de som har interesser i en vurderingsprosess delta aktivt i avgjørelser når det gjelder praksissituasjonen. Tidligere ble det i Rammeplan for 3-årig sykepleieutdanning (KUF 2000) fastslått at ved endelig vurdering skal foruten studenten også kontaktsykepleier og en lærer fra høgsolen være til stede. I nåværende Rammeplan (UFD 2004) beskrives praksisvurderingen som en kontinuerlig og obligatorisk prosess i praksisundervisningen. Praksisstedets sykepleiere har ansvar for daglig veiledning og opplæring og kontaktsykepleieren er dermed fortsatt en viktig aktør og samarbeidspartner for både student og høgsolens lærere i vurdering av sykepleiestudenter i praksisstudier.

Min erfaring er, etter flere år som lærer innen helse- og sosialfaglig utdanning, at en vurderingssituasjon som Heggen (1995) beskriver ikke er uvanlig. Jeg har derfor lenge hatt lyst til å sette fokus på vurdering av sykepleiestudenter i praksisstudier.

1.1 Studiens hensikt og problemstilling

Studios hensikt er å undersøke hvordan kontaktsykepleierne selv opplever det å vurdere sykepleiestudenter i kliniske studier og beskrive hvordan de gjennomfører vurderingen, og hva de vurderer. Et etisk perspektiv bringes inn i studien ved det etiske ansvaret kontaktsykepleieren har overfor den som blir vurdert og ved rettferdighetsperspektivet i vurderingspraksis.

Undersøkelser viser at ressursknapphet er en av flere faktorer som medvirker til at studentene får sporadisk og mangelfull veiledning i sine kliniske studier (Bjerknes, Granum og Kollstad 1986, Heggen 1995, Steinsvåg 1993). Slike forhold vil ha stor betydning for studentenes læring og måloppnåelse i praksisstudier og kontaktsykepleierens gjennomføring av vurdering av sykepleiestudentene i praksisstudier.

Westermarck (1989), mangeårig høgscolelærer, erfarte at vurderingen av studentene i praksisstudier ble mer og mer tilfeldig. Hun gjennomførte en intervjustudie med både leger, klinikkforstandere, sykepleiere og lærere om vurdering av sykepleiestudenter i praksisstudier. I denne studien fortalte sykepleierne at de opplevde det vanskelig å skulle

vurdere studentene på grunn av uklare retningslinjer. Uklare retningslinjer ga mulighet for at den enkeltes personlige skjønn påvirket vurderingsresultatet.

Söderberg (1993), som selv var kontaktsykepleier i mange år, ga også uttrykk for at det var vanskelig å vurdere studentene. Hun vurderte det slik at med uklare kriterier var det stor fare for at kontaktsykepleieren vurderte ut fra hva de selv hadde lært i sin utdanning for flere år tilbake. Studentenes Landsforbund (Christensen 1998) rapporterte om mange klagesaker i forbindelse med forskjellsbehandling innad i utdanningene. Denne opplevelse av forskjellsbehandling kan ses i sammenheng med at kriteriene er uklare og vurderingene baseres på skjønn.

Mine erfaringer gjennom flere år i utdanningssystemet innen helse – og sosialfag stemmer godt overens med Westermarks og Söderbergs erfaringer med tilfeldig og vanskelig vurdering i praksisstudier, hvilket jeg mener at eksemplet fra en vurderingssamtale i innledningen (Heggen 1995) også beskriver.

Slike funn og beskrivelser av vurderingssituasjoner sammen med min erfaring, har vært vesentlige for å vekke min interesse for vurdering av sykepleiestudenter og for mitt valg av tema og problemstilling for min hovedoppgave. Jeg mener det vil være relevant å få mer kunnskap om hvordan vurderingen gjennomføres for å sikre at den blir rettferdig og virkelig vil gjenspeile studentenes samlede sykepleiekompetanse.

Jeg ønsker derfor å undersøke følgende:

Hvordan gjennomfører kontaktsykepleieren sin vurdering av sykepleiestudentene i praksisstudier og hvordan opplever de sitt ansvar for vurderingen?

Til problemstillingen ble disse forskningsspørsmål formulert:

- Hvilke rutiner har kontaktsykepleieren for vurdering?
- Er det spesielle områder innenfor den sykepleiefaglige kompetansen som vektlegges i vurderingen?
- Hva opplever kontaktsykepleieren som den største utfordringen i vurdering av sykepleiestudenter i praksis?

-
- Hvordan opplever kontaktsykepleieren sitt ansvar for studentvurderingen?

1.2 Studiens relevans

Rådet for Høgskoleutdanning i Helse- og sosialfag (RHHS) utarbeidet i 1992 et program for forskning og evaluering innen helse- og sosialfagene, deriblant sykepleien. Rådet anbefalte bl.a. å fokusere på forskning innen praksisopplæring. Rådet så det som viktig å forske på hvordan praksisstudier organiseres og gjennomføres, slik at kvaliteten i utdanningen sikres.

Høgskolen skal i følge Rammeplanen (UFD 2004) være aktivt orientert mot forsknings- og fagutviklingsarbeid i praksis og basere undervisning og veiledning på erfarings- og vitenskapelig kunnskap. I forhold til vurdering av studenter i praksisstudier kan det bety at en studie som denne kan gi oss kunnskap om kontaktsykepleieren og sette fokus på deres gjennomføring av vurdering av sykepleiestudenter i praksis og kunnskap om vurderingen faktisk gjøres av den type kunnskap som kreves i Rammeplanen.

Å forske innen praksisopplæringen i sykepleien er fortsatt aktuelt, ettersom sykepleieutdanningens praksisdel i Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning 7. januar 2000 (KUF) ble utvidet til å gjelde 30 av 60 vekttall, og i dag er 90 av 180 studiepoeng. Praksisstudier utgjør halvdelen av utdanningstiden og er en vesentlig og viktig del av sykepleieutdanningen. Det er i praksisstudiene studentene kan få erfaring med utøvelsen av sykepleie i samhandling med pasienter og pårørende og her kan de vise at de makter å overføre sine teoretiske kunnskaper til praktisk handling samtidig som de kan utnytte de praktiske erfaringer til å tilegne seg teoretisk kunnskap.

I den offentlige debatt har det fremkommet utsagn om at den nyutdannede sykepleier ikke holder mål i forhold til de kravene de møter i yrkeslivet, det vil si at de ikke har den kunnskapen og de ferdigheter som kreves for å kunne yte forsvarlig sykepleie (Havn og Vedi 1997). Det skaper uvilkaarlig refleksjoner rundt utdanningens gjennomføring av vurdering av sykepleiestudenter. Når den ferdig utdannede sykepleier forlater skolen, er han/hun både av kontaktsykepleier og høgskolelærer vurdert til å ha ervervet seg de kunnskaper og den kompetanse som kreves for å kunne utøve sykepleie. Et aktuelt

spørsmål i den forbindelse er om vurderingen av studentene er basert på korrekte data om studentens kunnskaps- og ferdighetsnivå. Denne studien kan gi ny eller fordypet kunnskap og innsikt i dette spørsmål.

På tross av at det er publisert en rekke rapporter, som på ulike måter belyser praksisstudier i sykepleieutdanningen de senere årtier, har det vært lite fokus på vurdering av sykepleiestudenter i kliniske studier. Fokus har ofte vært på kontaktsykepleierens rolle (Bjerknes 1986, Christiansen 1996), veiledning i praksis (Granum 1986, Heggen 1995, Severinsson 1998, 1999) og frikjøp av praksisveileder innen ulike samarbeidsmodeller mellom høyskole og praksisfelt (Amundsen og Foss 2000, Gjør 1992).

Imidlertid har kontaktsykepleierens rolle i vurdering av sykepleiestudenter i praksisstudier vært lite i fokus for studier i Norge. Derfor kan denne studien tilføre ytterligere kunnskap om vurdering i praksisstudier og kontaktsykepleieren erfaringer med å ha ansvar for vurderingen.

Som en sidegevinst av studien om vurdering av sykepleiestudenter i praksisstudier kan samarbeidet om vurdering mellom Høgskolen og praksisfeltet eventuelt styrkes. Det kan gi mulighet for å utvikle tydelige retningslinjer for vurdering og gode vurderingsrutiner i studentenes praksisstudier. Et slikt samarbeid kan bidra til å sikre sykepleiestudentene en valid vurdering, som kan skape vekst og utvikling og sikre at studentene vil stå best mulig rustet til å møte kravene i sykepleietjenesten etter endt utdanning. En øking av studiekvaliteten kan i tillegg bidra til å øke kvaliteten på sykepleien til pasientene.

1.3 Avgrensninger

Denne studien har fokus på den praksisformen som gjennomføres i den yrkesutøvende kontekst. I Rammeplanen og de fag- og undervisningsplanene som styrer utdanningen anvendes begrepet *praksisstudier*, et begrep som jeg velger å benytte videre i denne studien.

Jeg har i min studie valgt å støtte meg til fagplaner, retningslinjer og andre relevante praksisrammer utarbeidet ved Høgskolen i Hedmark, HI, Institutt for Sykepleie, da dette er planene som anvendes innen den konteksten som danner rammen for studien.

Studien er gjennomført med deltakelse av kontaktsykepleiere fra praksisfeltet hvor studentene gjennomfører sine studier i andre og tredje studieår. Informantene representerer sykehuset og de hjemmebaserte tjenestene innen somatikk og psykisk helsevern. Studien har fokus på de veiledede praksisstudier.

Med vurdering i denne studien menes både den formative og den summative vurdering som foregår i hver veiledet praksisperiode i sykepleieutdanningen. Begrepet vurdering inneholder både et element av veiledning og et element av prøving. I litteraturen skilles mellom vurdering for læring, som er den formative vurdering og vurdering av læring, som er det samme som summativ vurdering (Havnes og Raaheim 2006).

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 1 gis en kort bakgrunn for studiene og oppgavens hensikt og problemstilling presenteres sammen med forskningsspørsmålene som ønskes undersøkt. Videre beskrives oppgavens relevans og avgrensningene som er gjort.

Kapittel 2 beskriver først noen trekk i den historiske utviklingen av sykepleierutdanningen med spesiell vekt på praksisstudier. Ansvar, mål og organisering for praksisstudiene beskrives. Videre fokuseres det på kunnskaps- og læringssyn og den betydningen dette har i forhold til læring og vurdering. Kapittelet avsluttes med beskrivelse av veiledning i praksisstudier.

Kapittel 3 inneholder begrepsavklaring av begrepet vurdering og vurderingsprosessen belyses. Innholdet i den formative og summative vurderingen blir klargjort. Videre beskrives rammene for vurdering. Kapittelet avsluttes med omtale av den sykepleiefaglige kompetansen som skal vurderes og hvilke utfordringer kontaktsykepleieren kan møte i gjennomføringen av vurderingen.

I kapittel 4 beskrives gjennomføringen av studien. Det redegjøres for studiens design og metode, fokusgruppeintervju som datasamlingsmetode, tilgang til forskningsfeltet og gjennomføringen av intervjuene i fokusgruppene. Videre redegjøres det for analyseprosessen hvor trinnene i innholdsanalysen presenteres. Kapitlet avsluttes med beskrivelse av faktorer med betydning for studiens holdbarhet og de forskningsetiske betraktningene som er gjort i forbindelse med studiens gjennomføring.

Kapittel 5 presenterer og redegjør for undersøkelsens funn. Forskningsspørsmålene organiserer oppbygningen og innholdet i presentasjonen. I presentasjonen vektlegges det å presentere funnene med direkte sitater fra studiens informanter.

Kapittel 6 inneholder drøfting av sentrale funn. Funnene vil drøftes, kommenteres og relateres til tidligere forskning, aktuell teori og egne erfaringer.

Kapittel 7 byr på en oppsummering av studiens viktigste funn og forslag til tiltak som kan bidra til rettferdig vurdering av studenter i praksisstudier. Kapitlet avsluttes med anbefalinger for fremtidig forskning med spesiell vekt på vurdering av den yrkesfaglige kompetanse.

2. Praksisstudier i sykepleierutdanningen

2.1 Fra lærlingeordning til reflektert læring på vitenskapelig grunn

Sykepleiens fag- og utdanningstradisjon strekker seg nesten over 125 år. Den første sykepleierloven som regulerte utdanningen kom i 1948 og grunnen for en treårig utdanning ble lagt. Utdanningen var tett knyttet til sykehusene helt frem til 1960 hvor sykepleieloven ble revidert. Denne endringen medførte at elevene skulle være i sykehusene. Ikke som billig arbeidskraft, men for å lære sykepleie (Mathisen 1993).

Utdanningen bar preg av å være en lærlingordning helt frem til 1975, hvor innføringen av midlertidige vilkår for sykepleierutdanningen innebar en overgang fra elevstatus til studentstatus. Forskriftene fra 1981 førte til endring av form og innhold i praksisundervisningen. Det endelige skille mellom utdanning og arbeidsmarked ble gjennomført samtidig som ansvaret for sykepleierutdanningen ble flyttet fra Sosialdepartementet til Kultur- og Vitenskapsdepartementet, så til Utdannings- og Forskningsdepartementet (UFD) mens ansvaret i dag ligger i Kunnskapsdepartementet.

Som en følge av en gradvis overgang til høgskolesystemet har denne endringen i hovedsak bestått i avvikling av en tilnærmet lærlingordning, en økning av teoritilfanget og en reduksjon av omfanget på praksisstudiene, samtidig som studentene har fått et større ansvar for egen læring. Utdanningen har endret seg til å være et høgskolestudie med krav om refleksjon og kritisk tenkning vektlagt i utdanningen (NOU 1988:28, Stortingsmelding nr.40, 1990-91).

I rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning (KUF 2000) skjedde det en dreining mot praksis igjen, med en økning av studiepoengene for praksisstudier i samarbeid med pasient og pårørende tilsvarende halvparten av sykepleiestudiet.

I den nå gjeldende rammeplan (UFD 2004) blir det slått fast at 15 av de 90 studiepoengene som er knyttet opp mot praksisstudier kan anvendes i skolen som

ferdighetstrening, forberedelse til og refleksjon over praksis. Denne delen av praksisstudiene kan foregå i utdanningsinstitusjonens øvingspost, demonstrasjonsrom eller i forbindelse med praksisstudier utenfor utdanningsinstitusjonen. Den resterende tid til praksisstudier skal benyttes til samarbeid med pasient og pårørende.

1. august 2005 trådte ny Lov om Universiteter og Høgskoler i kraft. Denne loven stiller krav om at all høyere utdanning skal tilby utdanning som er basert på det fremste innen forskning, faglig utviklingsarbeid og erfaringskunnskap. Dette legger premisser for sykepleierutdanningen som helhet og dermed også for praksisstudiene i sykepleierutdanningen.

Min erfaring er at kravet om forskningsbasert undervisning i høgskoleutdanningen har blitt fulgt tettest opp i den teoretiske delen av sykepleierutdanningen, mens det fortsatt ligger større utfordringer i å få dette gjennomført i praksisstudiene. Denne erfaringen bekreftes i en studie om den profesjonelle sykepleieren (Björkström 2005). Hun konkluderer med at sykepleierne bare delvis var bevisst intensjonen med den akademiske sykepleierutdanningen, spesielt innen området profesjonelt arbeid forankret i vitenskap og kritisk tenkning.

2.2 Ansvar, organisering og mål for praksisstudier

I rammeplanen (UFD 2004) skiller man mellom praksisstudier i første studieår, veiledede praksisstudier og hospiterings- og observasjonsstudier. Hensikten med veiledede praksisstudier er at studenten skal oppnå optimal yrkeskompetanse for å kunne møte pasientens og samfunnets behov for sykepleie. Veiledede praksisstudier skal, i følge rammeplanen, være målrettede, strukturerte og veiledet. Det innebærer krav til planlegging, organisering og gjennomføring av praksisperioden. Høgskolen har hovedansvaret for at planene har sammenheng med rammeplanens formål og mål og kompetansekrav til den nyutdannede sykepleier.

Innen den sammensatte og komplekse sykepleiepraksis skal sykepleiestudentene gjennomføre sine veiledede praksisstudier og tilegne seg sykepleiekompetanse. Læring i

sykepleiepraksis skal tilrettelegges slik at studenten i pleiesituasjonen kan dra nytte av andres opplevelser og erfaringer og erfare arbeidsfellesskapet som fremtidig yrkesutøver.

I Helsepersonelloven (<http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>) (§ 3 og 5) og Kommunehelsetjenesteloven (<http://www.lovdata.no/all/nl-19821119-066.html>) (§ 6-1) reguleres ansvaret for undervisning og opplæring av studenter. Helsepersonelloven definerer studenter som helsepersonell og ansvaret for undervisning og opplæring beskrives i kommunehelsetjenesteloven slik: *enhver kommune plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell*. Sykepleierens ansvar spesifiseres ikke ytterligere.

Før helsepersonelloven trådte i kraft, sto det i Vilkår for offentlig godkjenning følgende:

Sykepleierens undervisningsansvar omfatter pasienter, pårørende, personell og studenter som trenger veiledning og undervisning i sykepleie.

Dagens vilkår for autorisasjon beskriver ikke dette. Autorisasjon innebærer et selvstendig og personlig ansvar for å utføre sine arbeidsoppgaver forsvarlig, hvilket innebærer at det stilles krav om faglig og etisk høy standard hos den som er autorisert (<http://www.safh.no/yrkesgrupper/sykepleier.html>). Det betyr at det til kontaktsykepleier og lærer stilles krav i forhold til faglig kompetanse og etisk ansvarlighet. En konsekvens av kravene er at vurderingen skal synliggjøre at studenten faktisk fyller disse kravene ved endt utdanning, for å kunne oppnå autorisasjon.

Norsk Sykepleier Forbund (NSF) beskriver i sin fagserie (1994) undervisningsansvaret slik: *Sykepleierens undervisningsansvar omfatter pasienter, personell og studenter/elever som trenger veiledning og undervisning i sykepleie* (s.10). Sykepleiestudenter i praksisstudier faller inn under dette. Til tross for alle disse krav til sykepleieren om deltakelse i opplæring av studenter, stilles det ingen krav til hvilken kompetanse som må danne grunnlag for å kunne påta seg rollen som kontaktsykepleier.

Det er utdanningsinstitusjonens ansvar å utarbeide samarbeidsavtaler med praksisfeltet slik at tilgang til praksisplasser sikres og studentene får optimale læringsbetingelser. Samarbeidsavtalen skal beskrive oppgaver, roller, ansvarsfordeling mellom praksisfeltet og utdanningsinstitusjonen (UFD 2004). I rammeplanen fra 2000 ble det videre beskrevet at avtalen også skulle inkludere en beskrivelse av utdanningsinstitusjonens tilbud om

veiledningsutdanning sammen med en skisse av de juridiske aspekter i praksisopplæring. Det er ikke videreført i den nåværende rammeplan.

I de veilede praksisstudier har utdanningsinstitusjonen ansvar for å veilede og tilrettelegge for gode læringssituasjoner (UFD 2004), hvilket betyr at høgsolen har overordnet ansvar for veiledningens kvalitet. Det kan kreve veiledning av både studenter og kontaktsykepleiere og det krever regelmessig tilstedeværelse av lærer i praksis. Denne tilstedeværelse innebærer ofte at lærer planlegger praksisstudiene sammen med kontaktsykepleier, gjennomfører sin veiledning med studentene og leder vurderingssamtalene med student og kontaktsykepleieren tilstede.

Utdanningsinstitusjonens fagplaner beskriver fordeling, sekvenser, retningslinjer og mål for praksisstudiene. Studentenes praksis på praksisstedene skal utgjøre gjennomsnittlig 30 timer per uke. Veilede praksisstudier skal gjennomføres innen hvert av områdene:

- spesialisthelsetjenesten fordelt med både medisinsk og kirurgisk praksis
- kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten med vekt på psykisk helsearbeid
- kommunehelsetjenesten med vekt på hjemmesykepleie og eldreomsorg

Praksisperiodenes lengde varierer mellom 6 – 8 uker. Innenfor disse korte tidsrammene er det kontaktsykepleierens utfordring og ansvar å legge til rette for studentenes læring, veilede og gjennomføre praksisvurdering.

Kontaktsykepleiers ansvar i praksisstudier konkretiseres i utdanningsinstitusjonenes fagplaner. Høgsolen i Hedmark, HI, avdeling for sykepleie beskriver ansvaret slik:

Kontaktsykepleieren har ansvar for å:

- undervise og veilede sin student/sine studenter i samsvar med skolens mål og retningslinjer
- gjøre seg kjent med høgsolens fagplaner, samt mål og retningslinjer for aktuell periode
- orientere studenten om, og legge til rette for læresituasjoner på praksisstedet

-
- delta i forventningssamtale, halv- og sluttevaluering med studenten og lærer
 - avtale med studentene når og hvordan veiledning skal skje
 - gi studentene jevnlig respons på enkeltepisoder og hans/hennes generelle utvikling

Det kommer ikke tydelig frem i ansvarsbeskrivelsen for kontaktskykepleieren (HH 2006) at vurdering i sykepleiestudentenes praksisstudier er en del av veiledningen fra kontaktskykepleieren, når det gis tilbakemelding til studenten i forhold til ulike læresituasjoner. Kontaktskykepleieren skal delta i halvtids- og sluttvurderingen men det sier ikke noe om hva hun/han skal bidra med i forhold til den formative og den summative vurdering i studentenes praksisstudier.

Ansaret for lærer og student defineres på samme måte i høgskolens dokumenter for praksisstudier. Det er læreren som har ansvar for å forberede både studenter og kontaktskykepleiere til de praktiske studier og til lærings- og vurderingsarbeidet som må gjennomføres i løpet av praksisperioden.

I Plan for praksis (Høgskolen i Hedmark 2006) beskrives lærerens ansvar i praksisstudier slik:

- Læreren skal gjennomgå mål og studieplaner med kontaktskykepleier og student
- Gi råd og veiledning til kontaktskykepleier om undervisning og veiledning av studenten
- Veilede studenten ut fra sykepleiesituasjoner som oppstår i interaksjon med pasienter og pårørende
- Gi studenten gjennomsnittlig en times veiledning ukentlig, samt gjennomføre forventningssamtale, halvtids- og sluttvurdering
- Gjennomføre vurderingssamtaler, nedtegne vurderingen på eget skjema og ta ansvar for den endelige karakterfastsetting
- Få og gi tilbakemelding til / fra kontaktskykepleier og avdelingssykepleier på gjennomføringen av praksisperioden

Ut fra dette blir lærerens rolle tydeliggjort som en sentral samarbeidspartner for både student og kontaktskykepleier i praksisstudiene. I forhold til vurderingsansaret beskrives det klart at læreren har det endelige ansvaret for å avgjøre om studenten skal bestå praksisperioden eller ikke.

Studentens ansvar beskrives på flere måter. Jeg trekker her ut et utvalg av ansvarsområdene, jeg mener har størst relevans i forhold til tema for denne studie.

Studenten har ansvar for:

- Formidle til lærer og kontaktsykepleier opplysninger og vurderingsresultater fra tidligere praksis med betydning for studentens læring
- Møte forberedt til praksis, veiledning og evt. undervisning som skjer på praksisstedet
- Sørge for å få vurdering av den sykepleier studenten har gjennomført en sykepleiehandling sammen med. Skolens mål og studieplan legges til grunn for vurderingen
- Møte skriftlig forberedt til halv- og sluttvurdering. Vurderingen leveres til kontaktsykepleier og lærer senest to dager før avtalt vurderingsmøte

Studentens ansvar konkretiseres i tillegg ved både å beskrive hva periodens hensikt er for studenten og hva som forventes av studenten. Her nevnes de punktene, jeg mener er sentrale i forhold til studentens ansvar og denne studiens tema:

- Studenten arbeider kontinuerlig med egen faglig utvikling ved å møte forberedt i praksis og bidrar til medstudenters og kollegaers faglige utvikling stimuleres
- Studenten tar initiativ til læring
- Studenten utviser kritisk / reflektert og analytisk holdning til helsetjenesten

I praktiske studier er det å skrive refleksjonsnotater et studiekrav for studentene, men det er ikke noe krav at de skal leveres til kontaktsykepleier slik at den kan lese disse.

Studentene oppfordres imidlertid til å vise refleksjonene til kontaktsykepleierne. Min erfaring er at veldig få studenter gjør dette hvis ikke kontaktsykepleier ber om å få lese de. Refleksjonsnotatene skal danne grunnlag for veiledning med lærer og er ikke ment som grunnlag for vurderingen.

For hver praksisperiode skal utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet sammen utarbeide konkrete planer for praksisstudiene som beskriver læringsmålene for studenten. Målene skal inneholde både kognitive, affektive og etiske aspekter sammen med de ferdighetene studenten skal utvikle i praksisstudiene. I tillegg til skolens målsetting for praksisstudiene kan studenten utarbeide sine individuelle mål for perioden. Den samlede målsetting for perioden skal være retningsgivende for valg av læringssituasjoner i det daglige arbeid.

Målene vil være gjenstand for vurdering av faglig og personlig vekst underveis i praksisperioden og ved periodens slutt. Ved praksisperiodens start gjennomføres en trekantsamtale med deltakelse av student, kontaktsykepleier og lærer med fokus på konkretisering av periodens målsetting.

2.3 Kunnskap og læring i praksisstudier

I Rammeplanen (UFD 2004) stilles det krav om at utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet sammen skal utarbeide konkrete planer for praksisstudiene, som beskriver hvilken kunnskap studentene skal lære i hver praksisperiode og hvilken kompetanse de skal oppnå på det enkelte praksissted.

I praksisstudier arbeider studentene med måloppnåelse i forhold til målene som er fastsatt for den aktuelle praksisperiode. Målrettet læring krever en felles forståelse for hva som skal læres og hvordan det skal læres (Gynnild 2003). Kunnskaps- og læringsbegrepet er ofte lite diskutert og kan dermed være lite tydelig for kontaktsykepleierne og studentene. Selv blant lærerne er det min erfaring at det legges ulik tolkning og forståelse i begrepet.

En forutsetning for å kunne samarbeide om studentens måloppnåelse er at lærer, student og kontaktsykepleier har en felles forståelse for kunnskap og læring i praksisstudier. Ifølge Wittek (2004) vil vår forståelse av kunnskap og læring ha stor betydning for hva vi ønsker å lære studentene og hvordan vi metodisk går frem for å tilrettelegge for læring. Dette stemmer overens med min oppfattelse av at forståelse av kunnskap og læring gir våre læringsaktiviteter en indre logikk, som igjen bør henge sammen med innholdet i vurderingen og vurderingsformen. Kontaktsykepleierens syn på kunnskap, læring og vurdering vil være med å prege samspillet mellom veileder og student og studentens måloppnåelse.

Nyhus (1998) gjennomførte en studie med fokus på planlegging av praksisstudier hvor hun intervjuet åtte lærere om hvordan de planla studentenes første praksisperiode. Hun fant at lærerne planla praksisstudiene ut fra høyskolens undervisningsplan uten en felles drøfting med praksisfeltet. Samordning og samarbeid med praksisfeltet om undervisningens mål og innhold, læringsaktiviteter og former for vurdering blir da ikke

ivaretatt. Undersøkelsen ble utført i forhold til studentenes første praksisrettede studier. Det finnes mye som taler for at planlegging av andre praksisperioder blir gjennomført på samme måte som denne første perioden. Det kan innebære at det kunnskaps- og læringssyn som skal ligge til grunn for studentens læring i praksis, ikke har blitt diskutert og tydeliggjort for kontaktsykepleieren. Studier viser at når kontaktsykepleieren ikke har formell kompetanse innen læring og veiledning, veileder de ut fra egen erfaring og hva de selv synes er god veiledning (Lindberg-Sand 1996, Philhammer Andersson 1997).

Akkurat som det finnes ulike læringssyn finnes det også ulike kunnskapssyn. I studentenes praksisstudier reflekterer de deltakende parter ikke alltid over hvilket kunnskapssyn som ligger til grunn for veiledningen og oppgavene som studentene blir deltakende i. I følge Eraut (1998) medfører mangel på bevissthet om hva kompetanse er at begrepet tolkes og defineres på mange ulike måter, operasjonaliseres på like mange måter og dermed også vurderes på ulike måter.

Et positivistisk kunnskapssyn har vært rådende i norsk skole gjennom mange år. Et slikt kunnskapssyn vektlegger at kunnskapen skal kunne uttrykkes verbalt eller skriftlig og begrunnes med formell kunnskap eller erfaring (Gynnild 2003). De senere år har man etter hvert sett en dreining fra dette paradigmet kunnskapssyn mot et mer mangfoldig kunnskapssyn. Polanyi (2000) var den første til å snakke om personlig kunnskap hvor anvendelsesaspektet ved kunnskapen vektlegges.

Den teoretiske kunnskapstradisjonen er preget av kunnskap som kan uttrykkes språklig. Den er uttrykk for en gyldig og universell kunnskap. Den praktiske kunnskapen bygger på deltakelse og dialog med andre. Den er forankret i levende tradisjoner og overføres gjennom ulike uttrykk i kulturen og gjennom dens tradisjonsformidlere, slik som i samhandling mellom mester og svenn (Kvale 1999). Innen sykepleierutdanningen har det hersket en lang tradisjon med formidling av den praktiske kunnskapen fra den erfarne til den mindre erfarne. Mesterlærerens betydning for god læring understrekes både av pedagogen Wackerhausen (1999) og av sykepleierlektor Milter Fly (1994).

Sosialiseringen til yrket skjer i første rekke i praksisfeltet (Heggen 1995, Handal og Lauvås 1990). For å videreutvikle og bevisstgjøre kunnskapen, kreves det både læring og

refleksjon. Det er i refleksjonen at erfaringene blir satt i en sammenheng som gir mening, uten grunnleggende motsetningsforhold mellom teoretisk og praktisk kunnskapstradisjon.

Skaug (2005) omtaler den samlede profesjonelle kompetanse som bestående av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikk kunnskap og personlig kunnskap. Hun vektlegger at vi særlig bør utvikle og utforske de personlige kompetanseformene og hun beskriver at det er på dette område det er størst usikkerhet med hensyn til begrepsavklaring, utviklingsmetoder og vurderingskriterier.

Det kognitive perspektivet har preget synet på læring siden 1970-tallet, også innenfor sykepleierutdanningen. Kognitiv læringsteori er sterkt inspirert av Piaget, men også Donald Schön har hatt en sentral rolle innenfor denne tradisjonen. Læring innenfor dette perspektivet sees som en aktiv konstruksjonsprosess der studentene tar imot informasjon, tolker den, knytter den sammen med eksisterende kunnskap og reorganiserer de mentale strukturene dersom dette er nødvendig for å få en ny forståelse. Dette synet på læring er individorientert (Dysthe 2001). Kognitivismen har blitt kritisert fordi den er for ensidig individorientert, mens den sosiale konteksten er lite vektlagt. Mange kognitivister har den senere tid lagt mer vekt på den sosiale og kulturelle kontekst (Tveiten 2002).

Vygotskys tanker, som ble kjent i Vesten på slutten av 1970-tallet, danner grunnlag for utvikling av et slikt sosiokulturelt syn på læring. Læring skjer, ifølge Vygotsky, gjennom deltakelse og dialog med andre og mer kompetente personer (Lyngsnes og Rismark 2000). Dette er et perspektiv på læring som har fått stor innflytelse den senere tid. Dysthe (2001) beskriver læring i dette perspektivet slik:

Læring har med relasjoner mellom mennesker å gjøre, læring skjer gjennom deltaking og gjennom samspill mellom deltakarne, språk og kommunikasjon er sentralt i læringsprosessane, balansen mellom det individuelle og det sosiale er et kritisk aspekt av eitkvart læringsmiljø. Læring er langt meir enn det som skjer i elevens hovud, det har med omgivnaden i vid forstand å gjere. (s.31)

Erkjennelsen av mangfoldet i det som kan bidra til oppnåelse av yrkeskunnskap, mener jeg må føre til variasjon i metodene for tilegnelse av kunnskap. Læring av sykepleieutøvelse forutsetter en læringsprosess preget av veksling mellom teoretisk og praktisk kunnskapsbearbeidelse, og både kontaktsykepleieren og sykepleierstudentene forholder seg dermed til to kulturer og to læringsarenaer.

Teori og praksis står i et dualistisk forhold til hverandre og vanskeligheten med å få teori og praksis til å henge sammen møter man ofte. Studentene opplever at det de har lært i teorien ikke stemmer overens med sykepleien i avdelingen. I forbindelse med læring omtales begrepene induktiv og deduktiv læring. Den deduktive læringen finner ofte sted i klasserom og relateres ofte med enveisforelesningen, og kunnskapen som læres er den fragmenterte og memorerende. Den induktive læringen finner sted i relasjon til definerte problemer hvor teorien knyttes direkte til konkrete oppgaver og problemløsning, og er ofte preget av dialog (Gynnild 2003).

Jeg mener at den induktive læringen ut fra denne beskrivelse bør karakterisere studentenes læring i de praktiske studier. Studentene trenger å opparbeide en forståelse av sykepleiekompetanse og få feedback som vil hjelpe dem til å møte de sammensatte problemene og oppgavene de står overfor i arbeidet med pasientene. En slik forståelse av å lære sykepleie i praksisstudier krever integrering av ulike kunnskapsformer, og kompetansedimensjoner og veiledning kan være en pedagogisk metode, som er nyttig for denne kunnskaps- og kompetanseutvikling samt for gjennomføringen av vurderingen. Innen det situerte læringssynet kan konfluent pedagogikk bidra til å skape et helhetsperspektiv på læring og kompetanseutvikling. I veiledningen tilstreber man å forene intellektuelle, emosjonelle og psykomotoriske prosesser i læringsprosessen (Tveiten 2002). Ved at studenten reflekterer over sine erfaringer kan selverkjennelse og selvforståelse bli et bidrag til utvikling av sykepleiekompetansen. Å sikre en kopling av hodets og håndens arbeid er utfordringen i utdanningen i følge Granum (1986). Gjennom å velge en prosessorientert veiledningsmodell sikrer man ikke bare hodets og håndens arbeid, men også hjertets arbeid.

2.4 Kompetanse i sykepleie

Grunnutdanningen skal kvalifisere til et yrke og en yrkespraksis som stadig er i utvikling og endring. Høgskolen har ansvar for å utdanne sykepleiere i tråd med samfunnets behov og helsepolitiske prioriteringer, pasientens behov og sykepleiefagets utvikling samt krav til yrkesutøvelse. Læringen skal tilrettelegges slik at den baseres på sykepleiefagets grunnleggende verdier, tradisjon og yrkesetiske retningslinjer, hvilket betyr at sykepleien

settes inn i et historisk perspektiv ved at det pekes på verdien av å bevare tradisjoner. Utdanningen har dermed en forpliktelse til å fokusere på sykepleiens grunnleggende verdier og bidra til at studenten kan tilegne seg de tradisjoner som er verdt å bygge videre på. Samtidig forplikter utdanningen seg til å ha helsepolitiske prioriteringer, samfunnets og pasientens behov for sykepleie i fokus. Det krever utvikling og fornying som må baseres på det beste i tradisjonen.

Sykepleierens kompetanse har de senere årene vært belyst i flere studier hvor det tydeliggjøres at kompetanse er vanskelig å beskrive, måle og studere på grunn av at det ikke finnes noen entydig definisjon av begrepet. Oppsummert kan kompetanse i sykepleie inneholde en kombinasjon av holdninger, ferdigheter og kunnskaper innen intellektuelle, mellommenneskelige og tekniske områder (Chambers 1998, Girot 2000, Watson, Stimpson, Topping og Porock 2002).

I følge Kirkevold (1996) hersker det stor uenighet om hva som karakteriserer sykepleiepraksis. Det er mange som mener at problemløsning er det essensielle i sykepleien, mens andre mener det er vesentlig å etablere en omsorgsrelasjon til pasienten. Kirkevold fremhever at det er en forenklet fremstilling av sykepleiepraksis og beskriver et bredere og mer nyansert bilde av praktikken:

Sykepleiepraksis er en sammenhengende og kompleks form for sosialt etablert menneskelig aktivitet, som skal møte samfunnets behov for sykepleie til pleietrengende individer med utgangspunkt i integrerte verdier, kunnskaper og ferdigheter. Sykepleiepraksis er nært knyttet til sykepleiefaget som formidler den samlede viten om og for sykepleiepraksis. · (s.51)

Sykepleiekompetanse uttrykker helheten i de kunnskaper, holdninger og ferdigheter en sykepleier skal ha tilegnet seg ved gjennomført utdanning. Denne helheten ble i Rammeplanen (2000) beskrevet i 5 ulike kompetanseområder: teoretisk- analytisk kompetanse, praktisk kompetanse, læringskompetanse, sosial kompetanse og yrkesetisk kompetanse. I dagens Rammeplan beskrives ikke utdanningsmålene i forhold til kompetanseområder, men beskriver hvilken handlingskompetanse og handlingsberedskap studenten skal ha tilegnet seg ved endt utdanning. Den nyutdannede sykepleieren skal ha kompetanse innen helsefremmende og forebyggende arbeid, undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, kvalitetssikring, organisering og ledelse. Handlingskompetanse og handlingsberedskap som studentene skal tilegne seg gjennom utdanningen beskrives

for hvert av disse områdene. I tillegg skal studenten ha tilegnet seg kunnskap om helsepolitiske prioriteringer og juridiske rammer for sykepleieutøvelsen. Studenten skal ha utviklet en yrkesetisk holdning og en flerkulturell forståelse av sykdom og helse (UFD 2004).

Med handlingskompetanse menes at sykepleieren skal kunne fungere selvstendig i forhold til oppgaver som er sentrale i yrkesfunksjonen. Kompetansen er rettet mot pasienter og pårørende og ivaretagelse av grunnleggende funksjoner i sykepleien. Den nyutdannede sykepleieren skal ha en handlingsberedskap innenfor andre områder enn de som er beskrevet under handlingskompetansen. Det betyr at studenten har tilegnet seg kunnskaper om feltet, men mangler nødvendig erfaring og mer opplæring for å kunne handle selvstendig (UFD 2004).

De senere årene har de akademiske kravene økt til sykepleierutdanningen og kvalitetsreformen stiller krav til vitenskapsbasert undervisning. Samtidig kreves det av studentene at de utvikler evne til kritisk tenkning, selvstendighet og utøver sykepleie basert på erfaring og vitenskapelig kunnskap (Björkström 2005).

Skal studentene tilegne seg den handlingskompetansen og handlingsberedskapen som rammeplanen beskriver, og på et akademisk nivå, krever det at studentene, kontaktsykepleierne og høgskolens lærere forholder seg til et komplekst og omfattende kunnskapstilfang. Er det som Kirkevold (1996) skriver, at det hersker uenighet om hva sykepleiepraksis faktisk er, vil det kunne bety at vurderingen kan bli ganske ulik alt etter hvilken forståelse den enkelte har av sykepleiepraksis.

Det er studentens samlede handlingskompetanse og handlingsberedskap som skal bli vurdert for hver veiledede praksisperiode gjennom sykepleiestudiet.

2.5 Veiledning i praksisstudier

Studentene har rett til å få regelmessig veiledning og de skal i samarbeid med praksisstedets sykepleiere og høgskolens lærere delta aktivt i planleggingen av læresituasjoner og utnyttelse av disse. Praksisstedets sykepleiere har ansvar for veiledning

i forhold til praksisstedets spesialiteter og egenart og vil ha en viktig funksjon som rollemodell. Veilederen skal være kompetent og fortrinnsvis sykepleier. (UFD 2004) Rammeplanen gir imidlertid ikke kontaktsykepleierrollen noe konkret innhold og det stilles ikke noe krav om veiledningskompetanse hos kontaktsykepleieren. Dermed har den enkelte sykepleier frihet til å utforme rollen ut fra sitt eget ståsted og sitt kunnskaps- og læringssyn samt sine grunnleggende verdier. Flere studier ved norske sykepleiehøgskoler er utført med fokus på veiledning i praksisstudier og studentenes læringssituasjon. Det viste seg at studentene ofte utførte arbeidsoppgaver alene og studentene fikk lite veiledning (Chekol 2003, Fagermoen og Nygård 1989, Lohne og Knutstad 2001, Granum, Nåden og Aasen 1991).

Begrepet kontaktsykepleier har sin opprinnelse fra begynnelsen av 1980 tallet hvor det i rammeplan for 3-årig grunnutdanning i sykepleie (RHHS 1987) sto at studenten skulle ha fast sykepleierkontakt. Det viser til en praksisordning hvor sykepleiestudenten får en bestemt sykepleier på praksisstedet som sin veileder, en ordning som ble innført i forbindelse med overgangen til høgskolesystemet. I Rammeplan for sykepleierutdanning (UFD 2004) omtales ikke kontaktsykepleier eller praksisveileder. Betegnelsen som rammeplanen benytter er veileder eller praksisstedets sykepleiere med veiledningsansvar. Videre i min studie vil jeg benevne sykepleieren med veiledningsansvar som kontaktsykepleieren, da det var den gjeldende omtale under studiens gjennomføring, og er et begrep som er godt kjent innen sykepleierutdanningen.

På noen praksissteder er det så få sykepleiere at de hele tiden har vært pålagt å påta seg oppgaven som kontaktsykepleier mens andre steder er det, ut fra min erfaring som veileder for sykepleiestudenter i praksis, en oppgave som går på omgang uavhengig av om sykepleierne har ønsker om, evner til eller har fått opplæring i veiledning. Dette bekreftes i Jespersen, Thrysøe og Adolfsens studie (2000) hvor funnene viste at praksisveilederne ble forespurt ut fra praktiske hensyn til det daglige kliniske arbeid og etter-tur prinsippet. Informantene uttalte imidlertid også at de hadde startet som veiledere av lyst og interesse.

Veiledning er ikke entydig og klart definert og brukes i mange ulike sammenhenger og betydninger (Fowler 1996, Teslo 2000). Hva man legger i begrepet veiledning vil ha betydning for kvaliteten på veiledningen, som igjen vil ha betydning for studentens læring

og kompetanseutvikling. I mange beskrivelser av veiledning står læringsaspektet sentralt og det er den lærende, altså studenten, som er i fokus (Hermansen, Carlsen og Vråle 1992, Inglar 1999, Lauvås og Handal 2000, Skagen 2000). En definisjon jeg mener er relevant i forhold til rammeplanens krav om utvikling av yrkeskompetanse, finner jeg hos Teslo (2000). Hun beskriver veiledning slik:

Veiledning er en systematisk faglig og personlig læringsprosess hvor kunnskap, erfaring, visdom og klokhet er hjelpemidler til reflektert erkjennelse. I den anerkjennende dialogen mellom veileder og veiledningskandidat legges grunnlaget for å innfri kandidatens ønske om å få flere og bedre handlingsalternativer i sin praksis. (s.26)

Velund (2002) satte i en studie fokus på opplæring i praksis ved Høgskolen i Østfold. Hun fant at veiledningsbegrepet ble gitt ulik innhold, et innhold som kunne grupperes i tre hovedkategorier:

- Støtte og tilrettelegge (40 %)
- Undervise og rettlede (32 %)
- Refleksjon over handling (27 %)

Blant de som forstår veiledning som å støtte og tilrettelegge eller undervise og rettlede opplever henholdsvis 28 % og 20 % liten anledning til å prioritere veiledning av studentene mens 47 % i den siste gruppen opplever større mulighet til å prioritere studentveiledning. Det viser seg at sykepleiere med veiledningskompetanse dokumenterer større mulighet for studentveiledning enn sykepleiere uten veiledningskompetanse. Svarprosenten på spørsmålene om definisjon og innhold i veiledningen hadde en lavere svarprosent enn de øvrige spørsmål i undersøkelsen. Det tolket Velund som at informantene fant spørsmålene vanskelig å besvare.

Hensikten med veiledning beskrives i utdanningsinstitusjonens Plan for praktiske studier (HH 2006):

Veiledningens hensikt er at studenten skal få hjelp til personlig og faglig vekst. Veiledningen skal være med å utvikle studentens evne til refleksjon over sine erfaringer og sin egen læring (s.4).

Imidlertid beskriver planen ikke hvilken veiledningsmodell man ønsker brukt for å fremme en slik utviklingsprosess. Har kontaktsykepleieren i tillegg ikke deltatt i

veilederutdanning kan det bli opp til den enkelte kontaktsykepleier å finne sin måte å veilede på. At det er slik bekreftes i en studie av Philhammer Andersson (1997). Hun fant at kontaktsykepleierne veiledet på den måten de selv var blitt veiledet på.

De senere år har kravet om kvalitet i utdanningen økt, og etter overgang til høgskolesystemet har kravet om refleksjon, kritisk tenkning og sykepleie begrunnet med forskningsbasert kunnskap i utdanningen blitt presisert. Veiledet praksis er fortsatt en metode for å nå det målet. Skal målet nås betinger det at kontaktsykepleieren er kjent med veiledningsmodeller som vil bidra til dette, har kunnskap om refleksjonsprosessen og er fortrolig med kritisk tenkning og vitenskapelig begrunnet sykepleie. Veiledning som refleksjon over handling er en læringsmodell som kan være aktuell å anvende i sykepleieutdanningens praksisstudier. Studenten hjelpes til å se sammenhengen mellom etiske verdier, teoretisk kunnskap og egne handlinger ved å bli stimulert til refleksjon (Lauvås og Handal 2000).

Burnard (1995) gjennomførte en studie med 12 sykepleiere med veiledningsansvar for sykepleiestudenter med fokus på refleksjon i veiledning. Han fant at flere av sykepleierne definerte refleksjon på samme måten som det ble gjort i litteraturen, mens flere av de var usikre på hvordan de lærte sine studenter å reflektere. Noen respondenter utfordret ikke sine studenter til refleksjon og refleksjon ble oppfattet som et populært begrep som de ikke så verdien av i veiledningen. Hvis man ser dette i sammenheng med funnene i studien til Thrysøe, Adolfsen og Jespersen (1999) om at kontaktsykepleieren ikke har avsatt tid til studentveiledning, kan man kanskje forstå kontaktsykepleierens manglende utfordring til refleksjon hos studenten.

En læringsprosess krever ikke bare refleksjon, men vilje og evne til å arbeide med seg selv. Denne formen for læring krever egeninnsats, oppmerksomhet, konsentrasjon og utholdenhet i veiledningsprosessen. En slik utviklingsprosess forutsetter at det er etablert en trygg og åpen relasjon mellom student og kontaktsykepleier (Hermansen m. fl. 1992). I tillegg er det viktig at kontaktsykepleieren stiller spørsmål som fremmer refleksjon hos studenten. Veiledning som refleksjon over handling krever tid, rom og ro (Lauvås og Handal 2000).

Flere av praksisveilederne i en dansk studie (Jespersen m.fl. 2000) uttaler at de ikke har reflektert over sin funksjon som praksisveileder. Veilederne med minst erfaring i veiledning anvendte egne erfaringer fra den veiledning de hadde fått under sin utdanning. Om de hadde fått veiledning av sykepleiere med veiledningskompetanse opplyses det ikke om. Det kan bety veiledningsfundamentet er basert på personlig erfaring og ikke på kunnskap om veiledning.

I en studie av kontaktsykepleierens rolle antok Kolstad (1992) at de utøvde sin veiledning ut fra tradisjonen med yrkesopplæring av sykepleiestudenter som har eksistert så lenge det har vært opplæring av sykepleiere. Også Christiansen (1991) hadde fokus på kontaktsykepleierens veiledning. Begge studier viste at studentene i liten grad ble utfordret til å reflektere over sine sykepleiehandlinger og dermed ikke til å kople sin teoretiske kunnskap til praktiske handlinger.

Thrysøe m. fl. (1999) beskriver i en studie praksisveileders vilkår i forhold til å ha veiledningsansvar for sykepleiestudenter i praksisstudier. Et stort antall av de intervjuede kontaktsykepleiere beskriver at de ikke har reduksjon i sin daglige sykepleiefunksjon, selv om de får ansvar for å veilede sykepleierstudenter:

Det kan være svært ind imellem syntes jeg, fordi nogle dage er vi få på arbejde og da stilles der så krav om at man er gruppeleder samtidig med at man har sin studerende med i gruppen. Og hvis det så er en gruppe på otte til ti patienter, så kan det være svært at få overskud til den studerende. (s.41)

Den manglende reduksjon i arbeidsoppgaver henger sammen med manglende ressurser til frikjøp av sykepleiere til praksisveiledning. Det aksepteres av de fleste at kontaktsykepleier kan ”gå fra” for å veilede sin student, men det skjer hele tiden ut fra avdelingens arbeidsbelastning. Flere gir også i undersøkelsen uttrykk for manglende muligheter for å finne et uforstyrret lokale til veiledning av sykepleiestudentene (Thrysøe m. fl. 1999). Det er ikke grunn til å tro at de norske forholdene er verken bedre eller verre enn de danske og man aner en kompleks hverdag for kontaktsykepleieren, med stort arbeidspress og ansvar overfor både pasienter og studenter.

Veiledning som pedagogisk virksomhet karakteriseres av nærhet, omtanke og en relasjon preget av tillit, empati og åpen kommunikasjon. Det er kontaktsykepleieren med veiledningsansvar som har ansvaret for å etablere en relasjon med studenten som er

preget av gjensidig tillit. I den sammenheng er det et paradoks at studenten både skal veiledes og vurderes av den samme personen. I veiledningsrelasjonen er den individuelle utviklingsprosessen vektlagt og studenten søker veiledning for derigjennom å utvikle sin kompetanse. Det betyr at vurderingsgrunnlaget samles i en periode som skal være preget av prosess og utvikling. Det er studentens spørsmål, undringer og erfaringer som danner grunnlag for veiledningen, men det er også de som kan blotlegge studentens manglende kunnskap og kompetanse. I en forskningsrapport fra USA (Wilson 1994) fremgår det at studentene opplevde vurderingen hengende over seg hele tiden og at de vurderte hva de spurte kontaktsykepleieren om for ikke å vise sin mangel på kunnskap og kompetanse.

3. Vurdering

Det første nedskrevne vitnesbyrd om vurdering er uten tvil det, som finnes i Skapelsesberetningen: *Og Gud så alt, hva han hadde gjort, og se, det var såre godt.* I sykepleierutdanningen har vurdering av sykepleierstudenten funnet sted helt fra Florence Nightingale startet sykepleierutdanningen. På den tiden var det avdelingssykepleieren som hadde ansvaret for vurderingen sammen med forstanderinnen. De vurderte både elevens ferdigheter og personlige egenskaper. Nightingale vektla moral og lydighet og dermed fikk vurderingen av de personlige egenskaper en sentral plass (Mathisen 1993).

3.1 Begrepsavklaring

Innenfor sykepleierutdanningen har det vært tradisjon for å bruke ordet evaluering i daglig tale, mens rammeplanen benytter ordet vurdering. Rent semantisk er det ikke noe som skiller evaluering og vurdering. I pedagogisk – psykologisk ordbok (1991) behandles uttrykkene synonymt.

Evaluering er et sammensatt og vidt begrep som har sitt utspring i det engelske uttrykket ”evaluate”. Kjernen i dette ordet refererer til prosessen med å fastsette verdien (merit, worth or value) av noe eller produktet av en slik prosess. Begrep som ofte anvendes i forbindelse med denne prosess inkluderer å analysere, vurdere, kritisere, eksaminere, gradere, dømme, teste og studere (Scriven 1991).

Ålvik (1999) hevder at i og med at begge uttrykkene har sin rot i ”verdi”, vinner man ikke noe rent faglig ved å gi uttrykkene ulikt innholdsmessig innhold. Ålvik ønsker selv å anvende uttrykket vurdering, et uttrykk jeg i denne oppgaven valgte å benytte for å følge opp språkbruken fra Rammeplan for sykepleierutdanning (UFD 2004).

Scriven (1991) beskriver vurderingsprosessen som en prosess som normalt inkluderer identifikasjon av relevante standarder av verdi, en undersøkelse av hvordan den som skal evalueres opptrer og handler i forhold til disse standarder og en syntese av resultatene for

å gjennomføre en fullstendig vurdering. Vurderingens hensikt er tosidig. En side av vurderingen er kontroll i forbindelse med sertifisering for yrkestittel. I utdanningssammenheng legges det også vekt på at vurderingen skal danne grunnlag for vekst og utvikling (Halland 2004). En slik vurdering er i kontrast til en ren måleprosess hvor det som måles ikke er relatert til noen verdi, men er rent beskrivende egenskaper, og som oftest er disse egenskaper endimensjonelle.

Denne definisjon viser til at vurdering er en prosess som skiller det brukbare fra det ubrukelige. Det er en sammensmeltning av intelligent tankevirksomhet og handling samt en profesjonell praksis. En praksis som har vært lite i fokus for undersøkelser og som helt frem til slutten av 1960 årene ikke fikk plass i vitenskapelige journaler. Artiklene om vurdering ble automatisk refusert (Scriven 1991).

Vurderingsfeltet inkluderer mange veldefinerte underområder og det er vanlig å skille mellom individ- og systemvurdering. Det er den individrelaterte og målrelaterte vurderingen som gjennomføres i studentenes praksisstudier. I individvurdering vurderes og treffes beslutninger om enkeltpersoner (Lauvås og Handal 2000). I den individrelaterte vurderingen ses studentens læringsresultat i forhold til hans eller hennes evner og forutsetninger. Den individrelaterte vurderingen kan også være målrelatert (Fagermoen 1983). Målrelatert vurdering betyr at den enkelte vurderes ut fra bestemte faglige mål. Vurderingen knyttes da til kjennetegn på måloppnåelse, det som kalles kriterier. Uten målforankring vil vurderingen være uten referanseramme og kan dermed baseres på den enkeltes forståelse av hva som er bra – mindre bra og relevant- mindre relevant, det vil si den baseres på den enkeltes skjønn. Vurderingskriteriene beskrives ut fra de aktuelle målene og bør være tydelige og kjente for de som skal vurdere og de som vurderes (Halland 2004).

I studentenes praksisperioder skal det gjennomføres både formativ og summativ vurdering. Dette innebærer at blikket er rettet mot prosessen ved den formative vurderingen. I følge Halland (2004) er hensikten med den formative vurderingen å stimulere studentens faglige og personlige vekst, å gi tilbakemelding på og følge opp arbeidsprosess og resultat, å virke motiverende og veiledende for studenten i det videre arbeid, og å bidra til at veilederen kan forbedre og tilpasse undervisningen og veiledningen til studentens behov.

For at en vurdering skal være formativ krever det tilbakemelding (feedback) som indikerer om det eksisterer et gap mellom det aktuelle nivå i handlingskompetansen eller handlingsberedskapen i forhold til det oppsatte mål. Formativ vurdering krever også beskrivelse av hvordan arbeidet kan forbedres for å nå målene (Taras 2005).

Scriven (1991) beskriver at den mest hensiktsmessige form for formativ vurdering er den som kan benevnes *early-warning summative* vurdering. Denne vurderingen er i sin form en summativ vurdering av en student under utvikling som har likhetstrekk med Taras (2005) definisjon av formativ vurdering.

Den summative vurdering har som mål å komme frem til om noe er akseptabelt eller ikke i forhold til standarder, og er den vurderingstype som benyttes ved de formelle sluttvurderinger i praksisstudier. I forhold til den summative vurderingen beskriver Bevis og Watson (1989) utfordringene slik:

Evaluation is about the verification of reality. It is an attempt to determine what reality is in relation to or in comparison with standards or criteria that the evaluator thinks really should be. The quandary is to determine what verification methods satisfy the criterium of necessary and sufficient, what, or whose reality is being addressed and what criteria and standards are being used as comparisons. (s. 43)

Med en slik beskrivelse av den summative vurderingen opplever jeg at det er viktig å undersøke hvilke vurderingsrutiner kontaktsykepleieren har, hvilke kriterier hun eller han bygger sin vurdering på og hvordan slike kriterier kartlegges. Det håper jeg studiens forskningsspørsmål vil kunne bidra til å gi svar på.

3.2 Rammer for vurdering

I Rammeplanen (UFD 2004) beskrives det at vurderingsordningene skal sikre at studentene i løpet av studiet har tilegnet seg de kunnskaper og kvalifikasjoner som er beskrevet i målsettingen for sykepleierutdanningen. For å ivareta denne bestemmelse har Høgskolen i Hedmark nedfelt krav om to vurderingssamtaler, en samtale skal finne sted midtveis i praksisperioden og en ved avslutningen av perioden. Utgangspunktet for disse

samtalene er målsettingen for praksisperioden, studentens egne mål, og utdanningsinstitusjonens kriterier for bestått / ikke bestått praksis.

I Stortingsmelding nr. 27 (2000-2001) Gjør din plikt – krev din rett, vises det til ønsket om et større innslag av vurdering underveis i studiene. Det tolker jeg som at fokus legges mer på sammenhengen mellom undervisning, vurdering og læring enn på selve kontrollaspektet i vurderingen. Ifølge Strømsø (2006) fikk utdanningsinstitusjonene gjennom Kvalitetsreformen større mulighet til selv å bestemme oppleggene for vurdering.

I vurderingssammenheng har det skjedd den endringen at skikkethetsvurderingen, som tidligere bare var gjeldende for lærerutdanningen, nå også er gjeldende for sykepleierutdanningen (Kunnskapsdepartementet 2006). Forskriften slår i § 2 fast at det skal foretas en løpende skikkethetsvurdering av studentene gjennom hele utdanningen, en vurdering som skal inngå i en den samlede vurderingen av studentens faglige og personlige egnethet til å kunne fungere som sykepleier. Forskriften beskriver vurderingskriteriene for helse- og sosialfagutdanningene som sykepleierutdanningen hører inn under. Forskriftens § 5 fastslår at vurdering skal være en kontinuerlig og obligatorisk del av praksisundervisningen. Det er helt i samsvar med Kvalitetsreformens og Rammeplanens krav om kontinuerlig vurdering og hyppige tilbakemeldinger til studentene. Dermed er den største endringen i forhold til innføring av skikkethetsvurdering i sykepleierutdanningen etter min oppfatning, ikke en endring av rutinen for vurdering, men en utvidelse av innholdet i vurderingen. Kontaktsykepleieren og læreren er pålagt å gjennomføre skikkethetsvurdering av studentene sammen med den individ- og målrelaterte vurderingen.

Utdanningsinstitusjonens planer for praksisstudier skal beskrive hvilke mål studentene skal nå i praksisperioden og på hvilket nivå. Vurderingssamtalene ved halvtids- og heltidsvurderingene finner sted med både student, kontaktsykepleier og lærer tilstede. Det er lærerens ansvar å gjennomføre vurderingssamtalene, nedtegne vurderingen på eget skjema og ta ansvar for den endelige karakterfastsetting (HH 2006).

For å få bestått må studenten i henhold til målene og studieplanen ha fungert akseptabelt på alle områdene angitt i målene. Studentens faglige innsikt må være på et forsvarlig nivå ut fra utdanningstrinnet. Planen inneholder imidlertid ikke noen nærmere beskrivelse av

hva som vurderes som faglig forsvarlig og hva som er et forsvarlig nivå for utdanningstrinnet. Studenten må vise ansvarsbevissthet og selvstendighet. Dersom studenten fungerer dårlig gjennom hele praksisperioden, vil det kunne resultere i at praksis blir vurdert til ikke bestått (HH 2006, s. 10).

Når det oppstår tvil om studenten vil kunne bestå de praktiske studier, etter en helhetsvurdering av studentens kunnskap og kompetanse, skal studenten halvveis eller senest tre uker før avsluttet praksis motta en skriftlig melding om dette (UFD 2004). I høgskolens studieveileder konkretiseres hva denne skriftlige meldingen skal inneholde. Det er lærerens ansvar, i samarbeid med den faglige og administrative ledelsen ved praksisstedet, å utarbeide en faglig forpliktende avtale for den resterende del av praksisperioden (Studieveileder 2006/2007).

I Studieveilederen (2006/2007) beskrives studentenes rettigheter i forhold til veiledning og vurdering.

Studenten har rett til kontinuerlig veiledning og vurdering slik at hun/han hele tiden kan holde seg orientert om hun/han fungerer i forhold til de mål og studiekrav som avdelingen har fastsatt for den aktuelle praksisperioden. Vurdering i praksisstudier kan foregå som drøftinger mellom student, lærer og kontaktsykepleier. Det må legges vekt på å få klargjort premissene for vurderingen, hva en vurderer ut fra og begrunnelse for vurderingsresultatet. Vurderingsregler skal være klargjort på forhånd for student og kontaktsykepleier. (s.27)

Studentene har et selvstendig ansvar i forbindelse med praksisvurdering. De skal møte skriftlig forberedt til midtveis- og sluttvurdering. Høgskolen i Hedmark konkretiserer denne forberedtheten til å handle om en beskrivelse av hva studenten har lært og hva de må arbeide videre med (HH 2006). Studentenes egenvurdering skal leveres til lærer og veileder senest en dag før avtalt midtveis- og sluttvurdering.

I sykepleierloven av 1960 slås det fast at det er Sosialdepartementet som tildeler offentlig godkjenning. De har også myndighet til å trekke tilbake en slik godkjenning, men da på bakgrunn av at sykepleieren ikke utfører sitt arbeid forsvarlig. I dagens utdanning er det Statens autorisasjonskontor for helsepersonell som har dette ansvar (<http://safh.no> 2006).

3.3 Utfordringer i vurdering

Skaug (2005) undrer seg over hvem som faktisk er kompetent til å vurdere om noen er egnet, og hvor viktig er personlig egnethet i forhold til teoretiske kunnskap og de yrkesspesifikke ferdigheter.

Samme spørsmål stilte Wolley allerede i 1977, hvor hun i en artikkel belyste de store utfordringene som ligger i å vurdere sykepleiestudenter i praksisstudier. Wolley analyserte den eksisterende litteraturen om vurdering i praksisstudier og fant støtte for at vurderingen kunne gjennomføres på mange ulike måter. Hun fant dessuten at de vurderingsmetodene som ble presentert ikke var forankret i et spesielt pedagogisk perspektiv eller begrunnet med teoretisk kunnskap om vurdering. Ut fra disse funn konkluderer Wolley med at det ikke er rart at den enkelte finner sin måte å gjennomføre vurderingen på, og at vurderingen derfor blir subjektiv og basert på den enkeltes verdier og skjønn.

Dolan (2003) stilte spørsmålet: *Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right*. Studien hadde fokus på vurdering av klinisk kompetanse og studiens hensikt var å undersøke om et nytt vurderingssystem var effektivt. Studien gjennomførtes med studenter, praksisveiledere og lærere som informanter. Studiens funn viste at hver eneste gruppe hadde problemer med vurderingsprosessen. Hovedbekymringen for alle var mangel på konsistens i gjennomføringen og stor opplevelse av stor usikkerhet i vurderingsprosessen. Selv om innføringen av det nye evalueringssystemet var ønsket velkommen, opplevde informantene at man krevde for stort skriftlig bevisgrunnlag for vurderingen. Andre funn fra denne studien, med stor betydning for praksisvurderingen, var at studentens veiledere måtte være godt forberedt til å gjennomføre vurderingen og kriteriene for vurderingen måtte være presist beskrevet.

Det er alltid to parter i vurderingen, den som vurderer og den som blir vurdert. I denne studien handler det om kontaktsykepleieren og sykepleierstudenten. Vurdering er i sykepleiestudentenes praksisstudier en del av veiledningen fra kontaktsykepleieren når det gis tilbakemelding til studenten i forhold til de ulike læringssituasjoner de har vært i sammen med sykepleier. Lauvås og Handal (2000) setter et klart skille mellom summativ og formative vurdering og mener summativ vurdering og veiledning er som olje og vann,

de kan ikke forenes. Handal og Jacobsen (2002) fremhever at evaluator har ulike roller i den formative og summative vurdering. I den formative vurdering er evaluator en endrings- og utviklingsagent som involverer seg i prosessen, mens han eller hun i den summative vurderingen er en nøytral dommer som ikke skal involvere seg, men beholde avstanden. Som jeg ser det, kan det skape problemer for kontaktskykepleieren først å være involvert i studentens læringsprosess, for så siden å skulle innta en nøytral posisjon i vurderingen i forhold til samme student.

Helga Dagsland (1979) gjennomførte en undersøkelse om forholdene i sykepleierutdanningen som blant annet avdekket store problemer med å vurdere elevens dyktighet, atferd og holdninger i avdelingen. Avdelingssykepleiere innrømmet vilkårlighet i forhold til vurdering av sykepleieeleven. I samme undersøkelse avdekker Dagsland også at elevene hadde manglende tillit til skolens evalueringsprogram.

Flere studier innen studentvurdering i Norge har hatt fokus på lærer og studenter (Fagermoen 1983) eller studenter (Steinsvåg 1993), mens bare en studie Pedersen (2000) har fokus på kontaktskykepleieren. I denne studien viste funnene at kontaktskykepleieren opplevde sin rolle i vurderingsarbeidet som ensom. Informantene opplevde at de opptrådte som dommer overfor studenten når de måtte vurdere studenten til ikke å kunne bestå praksisperioden.

I en studie av Granum, Nåden og Åsen (1990) ble det fokusert på veiledningssamtalens innhold. Et viktig funn i studien var at samtalene ikke inneholdt faglige begrunnelser og etiske refleksjoner i forhold til de sykepleiehandlinger som studentene hadde deltatt i. Studentene forsøkte ikke å endre innholdet i samtalene med den begrunnelse at de også skulle vurderes av kontaktskykepleieren. Velund (2002) avdekte i sin studie at gjennomføringen av praksisstudier avvek fra krav som er nedfelt i de formelle planene, samt at studenter og kontaktskykepleiere relativt sjeldent gikk sammen i praktiske lærersituasjoner. Et slikt funn kan forklare det manglende innhold av faglige og etiske begrunnelsene for studentens sykepleiehandlinger som Granum m. fl. (1990) beskrev.

Kvalitetsreformen vektlegger den kontinuerlige tilbakemeldingen til studenten. I følge Velund (2002) var det knapt en tredel av kontaktskykepleierne i hennes studie som ga tilbakemelding til studenten. For å kunne gi feedback på sykepleiehandlinger krever det at

kontaktsykepleieren har deltatt sammen med studentene i enten planleggingen eller gjennomføringen av sykepleiehandlinger hos pasienten.

Calman, Watson, Norman, Redfern og Murrells (2002) undersøkte i en studie hvilke vurderingsmetoder som ble brukt, hvordan de vurderingsansvarlige var forberedt og hvilket syn studentene hadde på vurdering. Undersøkelsen viste at det var sjeldent noen ble vurdert til ikke bestått i praksisstudiet. Alle studentene mente at vurderingsskjema var åpent for subjektivitet og de klaget over mangel på konsekvens mellom kontaktsykepleierne. Den gjennomgående kommentar var at vurderingen som ble gitt viste hvor godt du var sosialisert på praksisstedet. Et slikt funn om ulike vurderingsrutiner og subjektivitet i vurderingen mener jeg aktualiserer denne studiens forskningsspørsmål.

Det ligger en makt i vurderingen, makt over menneskenes identitet, selvfølelse og fremtidsutsikter, men også en makt i forhold til hva som vurderes (Korp 2003). Rettferdighet er et ufravikelig krav i vurdering i og med at den har så stor betydning for den som blir vurdert. Utfordringen blir å gjennomføre en rettferdig vurdering som synliggjør studentens samlede yrkeskompetanse og ikke er basert på skjønn.

4. Studiens gjennomføring

4.1 Design og metode

Forskningsdesign er en redegjørelse for alle de viktige valg og avgrensninger forskeren gjør i forbindelse med en studie. Politt og Hungler (1995) definerer forskningsdesign som forskerens overordnede plan og motiv til å svare på forskningsspørsmålet. I dette kapitlet vil det bli redegjort for de valg som er gjort i forhold til denne studien. Valgene knytter seg til studiens forskningsspørsmål og den kvalitative tilnærming som ligger til grunn for studien. Ytterligere redegjøres det for analysestrategi og etiske vurderinger.

Sykepleiens historie og tradisjon bygger på det humanistiske og kristne menneskesyn, noe som også danner verdigrunnlaget for høgskolens grunnleggende syn på sentrale forhold i sykepleieutdanningen. Verdigrunnlaget danner et fundament for mål, program, undervisningspraksis og evalueringsopplegg, og er forpliktende for de involverte partene. Ut fra dette er det naturlig å velge det humanvitenskapelige grunnlag for de metodiske valgene og jeg valgte en kvalitativ tilnærming og et induktivt design for studien. En induktiv design er i sin natur utforskende. Den kjennetegnes av en søken etter sammenhenger som kan uttrykkes i form av generelle formuleringer (Ringdal 2001).

Den kvalitative tilnærmingen er en metode som er anvendbar til å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser og tanker og holdninger. Kvalitative tilnærminger passer godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling, utvikling, bevegelse og helhet. Vurderingssituasjoner i studentenes praktiske studier mener jeg karakteriseres eller kan karakteriseres av dynamiske prosesser. Man kan søke etter og oppnå større forståelse av hvorfor mennesker gjør som de gjør i samspill med hverandre (Malterud (2003).

Ut fra studiens hensikt om å utforske og forstå hvordan kontaktsykepleier opplever å ha ansvar for vurdering og beskrive deres erfaring med gjennomføringen av evalueringen, er det i studien valgt kvalitativ fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Det

kvalitative intervju egner seg til studier som har som mål å undersøke handlinger, innhold eller egenskaper (Tillgren og Wallin 1999).

Studien ble gjennomført med deltakelse av kontaktsykepleiere fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og dekker på denne måten studentenes praksisfelt gjennom utdanningens to siste år.

4.2 Fokusgruppeintervju

Det kvalitative forskningsintervju eksisterer både som individ- og gruppeintervju. Fokusgruppeintervjuet fikk sin praktiske anvendelse og store gjennombrudd i forbindelse med markedsundersøkelser, spesielt i USA i 40-årene. På 80-tallet fikk fokusgruppeintervjuet sitt internasjonale gjennombrudd og metoden ble benyttet innen flere ulike forskningsfelt. Tillgren og Wallin (1999) fant at metoden i 1998 ble anvendt i ca. nitti ulike studier innen helse- og sykepleieforskningen.

Et fokusgruppeintervju kan karakteriseres som en kvalitativ forskningsmetode som anvender diskusjon blant en liten gruppe mennesker for å utforske eller innhente forståelse om et emne som skal studeres i komfortable og trygge omgivelser (McDaniel og Bach 1996).

Valget av fokusgruppeintervju som datasamlingsmetode i studien ble gjort ut fra mitt ønske om å utforske kontaktsykepleieres felles erfaringer med vurdering av sykepleiestudenter i praksisstudier. Malterud (2003) beskriver denne datasamlingsmetoden som godt egnet hvis man leter etter synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler. I evaluering av sykepleiestudenter samhandler både lærer, student og kontaktsykepleier.

Fokusgruppeintervju ga mulighet for å nå et større antall kontaktsykepleiere innen hele det kliniske felt enn det ville vært mulig for meg å nå med individuelle intervju. Ifølge Morgan (1998) vil det også gi meg muligheten for å samle store mengder data på kort tid, samtidig som det gir mulighet for å oppnå både bredde og dybde i datamaterialet.

Datasamlingsmetoden deler sin styrke med alle kvalitative metoder innen tre områder: utforskning og oppdagelse, kontekst og dybde og fortolkning (Morgan 1998).

Interaksjonen i gruppen stimulerer diskusjonen, hvilket kan resultere i et datamateriale og en innsikt som ikke er mulig å få med andre datasamlingsteknikker (McDaniel & Bach 1994).

Kvale (1997) setter den kvalitative forskning inn i en fenomenologisk og hermeneutisk forståelsesramme. Han hevder at man i det kvalitative forskningsintervju setter fokus på den forståelse som oppstår gjennom samtalen med de personer som skal forstås, og det grunnleggende materiale er meningsfulle relasjoner som skal tolkes. Den kvalitative forskning gir tilgang til alternative oppfatninger om mening og virkeligheten. I lys av Kvaless (1997) påstand om at det er interaksjonen som produserer den vitenskapelige kunnskapen, mener jeg at metoden må være velegnet for å oppnå hensikten med denne studie.

Gjennom min praksis som høyskolelærer i sykepleierutdanningen har jeg erfart at den enkelte kontaktsykepleier har hatt mange refleksjoner omkring vurdering av studenter, samtidig som de har gitt uttrykk for at de opplever det krevende og utfordrende med studentvurdering. Ifølge Aspinwall, Simkins, Wilkinson & McAuley (1992) er hensikten med å bringe informantene sammen i fokusgrupper å få de til å reflektere over sine tidligere erfaringer. Interaksjonen i gruppen vil tillate deltakerne å bli kjent med hvordan andre tenker, taler og handler relatert til studentvurdering. Jeg mener det kan bidra til at deltakerne allerede under intervjuet kan få ny eller annen innsikt i studentvurdering, en innsikt som kan bidra i deres videre arbeid som kontaktsykepleiere med ansvar for vurdering av sykepleiestudenter.

Det finnes en hel del ulike synspunkter på og regler for hvordan fokusgruppeintervju skal gjennomføres. I følge Morgan (1998) er det å velge det rette antall grupper for intervju viktig for å få frem data med betydning for studien. Hvis det er stor enighet om et emne vil det komme frem etter å ha gjennomført intervju med få grupper, mens store forskjeller vil kreve større gruppeantall. Morgan (1998) betoner at jo mer homogen gruppene er, jo færre grupper er det behov for. Både Stewart og Shamdasani (1990) og Morgan (1988) hevder at den mest vanlige gruppestørrelse ligger mellom seks og ti deltakere. Små grupper med færre enn seks deltakere gir den enkelte deltaker større mulighet til å snakke,

samtidig som det innebærer store krav til den enkelte deltaker om aktiv kommunikasjon. I tillegg vil de små gruppene være meget sensitive til den mellommenneskelige dynamikken i gruppen. Store grupper kan være vanskelige å lede og i slike grupper får den enkelte deltaker mindre mulighet for å delta aktivt, og risikoen for diskusjon deltakerne seg imellom vil være stor. Slike diskusjoner sidemenn imellom betyr at mye verdifull data kan gå tapt.

Fokusgruppens størrelse og tidsrammen for gjennomføringen av de enkelte intervju må ses i sammenheng med i hvilken grad intervjuet skal være styrt. Hvilket valg man tar om dette vil også få betydning for hvor mange spørsmål en intervjuguide skal inneholde. Morgan (1998) anvender ordet moderator om den person som skal gjennomføre intervjuene. Han vektlegger at moderators rolle kan ses som et kontinuum, fra lav involvering i denne ene enden, hvor forskeren forsøker å la diskusjonen utvikle seg ut fra deltakernes behov i forhold til tema, til høy involveringsgrad i den andre enden. Ved høy grad av involvering styrer forskeren både tema og gruppedynamikk. Morgan fremhever at lav grad av involvering fra moderators side passer godt i utforskende studier. I følge Halkier (2003) har moderator ansvar for å tilrettelegge for et klima som fremmer diskusjonen slik at informantenes erfaringer kan bringes frem.

Å skulle lede et fokusgruppeintervju krever høy grad av konsentrasjon og fokusering på gruppedynamikken og diskusjonen for å sikre god kvalitet på datamaterialet. Krueger (1998) omtaler en ”assistent moderator” som har stor betydning gjennomføringen. Han beskriver assistentens ansvar for å ta notater, styre båndopptakeren, ha ansvar for servering og ta seg av utenfra kommende forstyrrelser. I tillegg kan assistenten gjøre notater om informantenes kroppsspråk under intervjuet. Ved avslutningen av fokusgruppeintervjuet kan assistenten stille oppfølgende eller utdypende spørsmål. Under oppsummeringen av intervjuet rett etter gjennomføringen er assistenten til uvurderlig hjelp.

4.2 Informanter

I denne studien har det vært aktuelt å få frem kontaktsykepleiers erfaring med studentevaluering. Deltakerne til studien ble rekruttert fra det kliniske feltet sykehus og

kommunehelsetjenesten med unntak av sykehjem. Utvalgskriteriene var at deltakerne måtte være offentlig godkjente sykepleiere med erfaring som kontaktsykepleiere. Det ble ikke stilt krav om hvor lang erfaring sykepleierne skulle ha som kontaktsykepleiere, eller at de skulle ha veilederutdanning. Informantene presenterte ulike praksissteder og varierende tidsrom for å ha deltatt i vurdering. Allikevel vurderte jeg gruppene til å være homogene, da alle var sykepleiere med ansvar for veiledning og vurdering av studentene. Alle var sykepleiere i studentenes praksisfelt og hadde de samme retningslinjene å forholde seg til i sin vurdering.

Leder for sykepleietjenesten ved de ulike praksissteder fikk i formelt brev forespørsel om tillatelse til gjennomføring av studien høsten 2000 (vedlegg 1). Etter å ha mottatt positive svar på henvendelsen, ble det avholdt møte med oversykepleiere/distriktsledere for å informere om studien og formidle kontakt med kontaktsykepleiere på de ulike praksissteder. Kontakten til de aktuelle sykepleierne skulle etableres via et informasjonsskriv til kontaktsykepleiere som oversykepleierne skulle formidle til de kontaktsykepleiere som falt inn under kriteriene for deltakelse (vedlegg 2).

Informasjonsskrivet inneholdt beskrivelse av studiens tema, hensikt og gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Sammen med informasjonsskrivet fulgte det med en påmeldingsslipp og svarkonvolutt som informantene kunne legge i posthyllen til avdelingssykepleieren hvis de ønsket å delta. Jeg ville så hente den der etter påmeldingsfristen hadde gått ut. Denne fremgangsmåten mener jeg ivaretar deltakernes anonymitet og frivillige deltakelse i studien.

Femten sykepleiere ønsket å delta i studien, to av deltakerne (begge menn) ble av private årsaker forhindret i å delta. Studien ble gjennomført med to fokusgrupper med henholdsvis seks og syv deltakere (alle kvinner). Av praktiske grunner ble fordelingen slik at gruppe A besto av informanter fra sykehuset og gruppe B besto av informanter fra kommunehelsetjenesten, likt fordelt mellom hjemmesykepleie og psykisk helsevern.

De demografiske data for informantene fordelte seg slik i de to fokusgruppene:

Tabell 1. Demografiske data (vedlegg 3).

	Begge gruppene n = 13	Gruppe A Sykehus n = 6	Gruppe B Kommunehelse- tjenesten n = 7
Alder r m	24-47 år 36 år	28-47 år 37 år	24-47 år 35,6 år
Erfaring som sykepleier r m	1,5-24 år 10,5 år	1,5-11,5 år 9 år	1,5-24 år 12 år
Erfaring som kontaktsykepleier r m	1,5 - 12 år 6 år	1,5-11,5 år 5,5 år	2 -12 år 6,5 år
Veilederutdanning	2	1	1
Spesialutdanning	4	1 spesialutdanning i kreftsykepleie	1 spesialutdanning i kreftsykepleie 2 spesialutdanning i psykiatrisk sykepleie

Som det fremgår av tabell 1 er fordelingen av informantene i de to fokusgruppene lik i forhold til aldersfordeling, erfaring som sykepleier og kontaktsykepleier og antall informanter med veilederutdanning. Alle informanter er kvinner. Den faktor som skiller de to gruppene fra hverandre er fordelingen i forhold til praksisfeltet de presenterer.

Kontaktsykepleierne som deltok i studien fikk mulighet for å delta i arbeidstiden, det vil si at arbeidsgiver lønnet dem i den tid intervjuet varte. Det ble derfor viktig for meg å overholde tiden som var avtalt til intervju og i stedet velge å ta opp interessante perspektiv fra det første intervju under det andre fokusgruppeintervju.

4.3 Datainnsamling

To intervju ble gjennomført med hver gruppe med fire ukers mellomrom. Ved å intervju hver gruppe to ganger ble det mulig å oppnå dybde i intervjuene, da det andre intervjuet kunne bygge på eller utdype tema fra første intervju.

4.3.1 Intervjuguide

I denne studien ble en semistrukturert intervjuguide brukt for å gi struktur i fokusgruppeintervjuet og sikre at viktige spørsmål i forhold til studienes fokus ble belyst. Hensikten med å utarbeide gode spørsmål til intervju er at svarene skal bidra til at studiens hensikt oppnås. I fokusgruppeintervju er åpne spørsmål hjørnesteinen. De skal stimulere til at deltakerne forklarer, beskriver eller eksemplifiserer slik at datamaterialet blir mest mulig innholdsrikt (Krueger og Casey 2000). Et godt intervju spørsmål bør bidra tematisk til å produsere kunnskap, og dynamisk med å skape en god intervjuinteraksjon (Kvale 1997).

Spørsmålene ble utarbeidet med bakgrunn i litteraturen som beskriver vurdering i pedagogisk, didaktisk og etisk perspektiv sammen med min for forståelse som forsker, det vil si erfaringen med og forståelsen av vurdering av sykepleiestudenter i praksisstudier. Ved å stille åpne spørsmål til deltakerne fikk de mulighet til selv å velge retning for svaret og ble stimulert til å svare ut fra seg selv. Hensikten med de åpne spørsmål i denne studien var å avsløre hva kontaktsykepleierne hadde i tankene, hva de hadde erfart og forstått og forskerens forståelse ville i minst mulig grad påvirke svarene (Krueger og Casey 2000).

Intervjuguiden ble utarbeidet med tre åpne spørsmål til hvert intervju, ut fra studiens forskningsspørsmål. Det valgte antall spørsmål ble vurdert til å være tilstrekkelig for å få belyst tema og for den tid som var til rådighet for intervjuet. Spørsmålene var like i de to gruppene. Følgende spørsmål ble anvendt i første fokusgruppeintervju:

1. Hvordan gjennomfører dere vurderingen av studentene i praksisperioden?
2. Hvilke områder innenfor sykepleiekompetansen vektlegger dere i vurderingen?

-
3. Hva mener dere er den største utfordringen i vurdering av sykepleiestudentene?

Ut fra innholdet i det første intervju ble følgende spørsmål stilt til gruppene i det andre intervjuet:

1. Hvordan tror dere at studenten opplever å bli vurdert?
2. Dere har snakket mye om den gode / dyktige studenten. Kan dere beskrive hva som kjennetegner denne studenten?
3. Dere har snakket mye om ansvar i forbindelse med vurdering av sykepleiestudentene, spesielt i forbindelse med det å måtte stryke en student. Kan dere utdype hva dere legger i det ansvaret?
4. Hvilke faktorer mener dere har størst betydning for gjennomføringen av studentvurdering?

4.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Ettersom det var et ønske om å gjennomføre fokusgruppeintervjuene i trygge omgivelser for deltakerne, ble det vektlagt å finne nøytrale, sentrale og funksjonelle lokaler. Etter forespørsel fikk jeg tillatelse til å benytte lokaler på to av praksisstedene, lokaler som egnet seg godt for å gjennomføre intervjuene, fordi det var mulig å gjennomføre en uforstyrret samtale, få tatt opp intervju på lydbånd og det var komfortable og lett tilgjengelige lokaler for deltakerne.

Tidsrammen for gjennomføringen av de enkelte intervju må ses i sammenheng med i hvilken grad intervjuet skal være styrt, og hvor mange spørsmål intervjuguiden inneholder. Morgan (1988) anbefaler å planlegge med en halv time mer enn det anslagsvis behovet for å unngå det han kaller ”early leavers”, deltakere som slutter å bidra til diskusjonen en tid før gruppen er ferdig, og dermed tap av data. Å ha slik ekstra tid tilgjengelig mener han kan få betydning for datakvaliteten. Det gir mulighet for å kunne følge opp interessante perspektiver i diskusjonen som forskeren ikke har tenkt på som betydningsfulle i denne sammenhengen, men som under intervjuet viser seg å ha betydning for deltakerne. Mitt valg falt på å la hvert fokusgruppeintervju ha en tidsramme på 90 minutter, for også å ha tid for dette.

For å få kvalitet på og en tilstrekkelig mengde data fra fokusgruppene, var det viktig å få til en åpen diskusjon i intervjuene. Med den valgte gruppestørrelse var det mulig for den enkelte deltaker å få tilstrekkelig med tid til å formidle sine erfaringer og føle seg hørt. Størrelsen på gruppene kunne også gi tilstrekkelig variasjoner i erfaringer og meninger til å stimulere diskusjonen. Jeg vektla i gjennomføringen å stimulere gruppeprosessen slik at ideer, minner og tanker fikk komme frem. Det er alt sammen noe som kan bidra til å fange variasjonen i deltakernes erfaring, opplevelse og forståelse av tema. Med de henholdsvis åtte og syv deltakere i gruppene som det ble planlagt med, ville det være mulig å gjennomføre intervjuene selv om det skulle bli frafall blant deltakerne.

Det er flere måter å registrere intervju på med tanke på senere dokumentasjon og analyse. Jeg valgte å anvende lydbånd under intervjuene. Lydbånd er et nødvendig redskap som sikrer at informantens utsagn vil bli husket og ved behov kan hentes frem igjen. Det vil øke sikkerheten i datainnsamlingen og hindre at verdifullt datamateriale går tapt. Å anvende lydbånd kan også virke hemmende på deltakerne i gruppen. Ved å introdusere det som et hjelpemiddel for aktiv lytting ble den hemmende effekt nedtonet. Anvendelse av lydbånd ga meg også muligheten til å være fri til å lede diskusjonen, stimulere dialogen og konsentrere meg om tema og samtalen. Jeg vurderte det viktig å være konsentrert om å lytte til den enkelte deltaker og ikke bli forstyrret av å måtte notere samtidig.

Fokusgruppeintervjuene ble transkribert fortløpende etter hvert intervju. På grunn av sykdom var det fysisk umulig for meg å utføre transkriberingen på egen hånd. Dette arbeid ble derfor utført av en profesjonell sekretær med lang erfaring med transkribering av forskningsintervju. For ikke å miste det verdifulle i å lytte til rådata under transkribering, valgte jeg å lytte til båndene flere ganger rett etter intervjuene var gjennomført og før de ble levert til transkribering. En slik prosess gjør at intervjuet oppleves på nytt og man blir kjent med intervjuet fra en ny side (Malterud 2003). Å lytte til båndene ga en opplevelse av hvordan gruppens samspill stimulerte diskusjonen og bidro til fordypning i tema. Under denne første lyttingen gjorde jeg notater om temaområder som ble berørt av informanten. Denne første analysen dannet også grunnlag for spørsmålene til det andre intervjuet.

Transkriberingen ble gjort ordrett fra båndene og hvert fokusgruppeintervju varierte i tekstmengde fra 21 til 28 sider. Totalt består datamaterialet av 98 sider tekst.

Lydbånd som anvendes under et intervju vil ikke inneholde de visuelle aspektene ved intervjusituasjonen og dermed blir informantens ansiktsuttrykk og kroppsspråk borte. Krueger (1998) nevner at en assistent kan observere informantens kroppsspråk under intervjuene. For å oppnå en slik berikelse av datamaterialet valgte jeg å ha en assistent tilstede under alle intervjuene. Assistentens rolle var, i tillegg til ha ansvar for båndspilleren, å observere deltakernes interaksjon og kroppsspråk under intervjuet, notere spesielle uttalelser som hun antok kunne ha spesiell betydning i forhold til de tema som informantene tok opp i intervjuet. Hun deltok i oppsummeringen av intervjuet under avslutningen og kunne der peke på interessante tema som trengte ytterligere belysning eller utdyping. Etter intervjuene var avsluttet gjennomførte assistenten og jeg en oppsummering av intervjuet og tematikken som hadde blitt berørt under intervjuet.

4.4 Dataanalyse

Datamateriale fra fokusgruppeintervju kan analyseres med fokus på både innhold i det sagte og interaksjonen som utspiller seg under intervjuene (Halkier 2003). I denne studien har fokus vært på informantens utsagn og innholdsanalyse ble anvendt som verktøy i bearbeiding av datamaterialet. Assistenten deltok i en oppsummering av innholdet rett etter gjennomføringen av hver enkelt intervju. Et slik umiddelbart inntrykk av intervjuets innhold kan være verdifullt i det videre analysearbeid. Jeg mener det kan bidra til å øke forståelsen av datamaterialets innhold.

4.4.1 Innholdsanalyse

De første beskrivelsene av innholdsanalysen skrev seg helt tilbake til 50-tallet og analysen ble beskrevet som kvantitativ. Innholdsanalysen kan både være manifest og latent. Den manifeste innholdsanalysen beskriver det synlige og kvantifiserbare i teksten, mens den latente innholdsanalysen inkluderer beskrivelse av den underliggende mening, altså en tolkning av det latente innhold (Berg 2001). At tolkningen fikk plass i innholdsanalysen medførte at analysen ble relevant også for kvalitative studier.

Det overordnede mål for den kvalitative analyse er å finne sammenhengene mønstre av ideer, tanker og ytringer (Burnard 1995, Polit & Hungler 1999). Datasamling, analyse og tolkning er prosesser som overlapper hverandre i kvalitative arbeider og i følge Burnard (1995) er det umulig å lese tekstmaterialet uten også å tolke det. I innholdsanalysen beveger man seg hele tiden mellom helheten og delene og mellom forståelse og forklaring. Downe-Wamboldt (1992) fremhever nettopp at fordi innholdsanalysen har fokus på kommunikasjon er den relevant og praktisk anvendbar for forskning innen sykepleiepraksis og sykepleierutdanningen.

4.4.2 Analyseprosess

Innholdsanalysen i denne studien ble gjennomført etter inspirasjon fra Burnard (1991, 1996). Burnard (1991) beskriver at hans analysemetode utviklet seg ut fra metoden beskrevet i litteraturen om grounded theory og innholdsanalyse og fra ulike andre kilder om innholdsanalyse så som Babbie (1979), Berg (1989), Fox (1982) og Glaser & Strauss (1967).

Burnard (1996) beskrev en latent innholdsanalyse som utgikk fra tekst fra semistrukturerte intervju hvor all tekst var transkribert. I denne studien ble det gjennomført semistrukturerte intervju i fokusgrupper og alle intervju ble transkribert i sin helhet. Jeg tolket det slik at min datasamlingsmetode og mitt tekstmateriale sammenfalt med kriteriene hos Burnard (1991, 1996) for å gjennomføring av en latent innholdsanalyse.

Burnard (1996) beskrev fire trinn i arbeidet med innholdsanalysen. Disse trinnene har systematisk blitt fulgt i analysearbeidet. Det første trinnet hvor hensikten er å danne seg et helhetsinntrykk, ble gjennomført ved først å lytte til opptakene fra intervjuene for så å lese det ferdige tekstmateriale i sin helhet etter første og andre fokusgruppeintervju. Etter alle intervjuene var transkribert ble alt tekstmateriale lagt sammen til et dokument som så ble lest i sin helhet. Malterud (2003) fremhever at i denne fasen er helheten viktigere enn detaljene.

Mitt fokus på dette første trinnet var både å få et inntrykk av materialet som helhet og av de to gruppene hver for seg. Spørsmålet jeg stilte til teksten var: Hva handler dette om?

Sammen med lesingen gjennomførte jeg en åpen koding ved hjelp av ord eller korte setninger i margen som oppsummerte hva tekststykkene handlet om. Etter denne første kodingen av hele datamaterialet satt jeg med et inntrykk av hva innformatene hadde vektlagt i intervjuet. Et eksempel på en notering som ble brukt er: *Alle kontaktsykepleiere er opptatt av utfordringen med stryk av student.*

Allerede på analysens første trinn ble det også tydelig for meg at praksisfeltets organisering og kontaktsykepleiernes arbeidsforhold hadde betydning for de veiledningsbetingelsene kontaktsykepleierne hadde i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Det ble notert ned i margen.

I analysens trinn to, er det ifølge Burnard (1996) viktig å ha fokus på å gruppere alle ord og setninger fra trinn en. Meningsenheter med det samme innhold ble identifisert og gruppert. Burnard beskriver hvordan man kan gi hvert tema sin egen farge og markere teksten med de ulike farger for etterpå å klippe og lime de ulike farger inn i et dokument. Jeg valgte imidlertid å utføre dette arbeid ved hjelp av klipp- og lim funksjonen i datamaskinens tekstprogram. På denne måten ble all tekst tilhørende et tema markert og flyttet sammen i en operasjon. Å gjøre det på denne måten medførte at tekst lett kunne flyttes frem og tilbake til materiale var gjennomgått og sortert under de ulike tema fra trinn to.

Etter å ha gjennomført trinn to satt jeg igjen med følgende tema: *mangel på tid, ansvar, ikke bestått, kontekst, vurderingsgrunnlag, kompetanse og samarbeid mellom praksisfelt og skole.*

I trinn tre forsøkte jeg å abstrahere innholdet i de meningsbærende enheter. I denne fasen er det undertema som er gjenstand for analysearbeidet (Burnard 1996). Resultatet av dette arbeidet ble illustrert i et eget skjema for å vise hvordan de meningsbærende enhetene ble systematisert i tema og undertema. Jeg valgte videre å kategorisere tema og undertema ut fra deres relevans for studiens forskningsspørsmål.

Innholdet i tema ble også gransket ut fra den konteksten som kontaktsykepleierne arbeidet i. I den systematiske granskningen fokuserte jeg på hva som var likt og hva som var ulikt for informantene fra de to praksisfeltene.

For å sikre oversikt over hvor i tekstmaterialet de meningsbærende enheter stammer fra ble alle markert med hvor i det opprinnelige tekstmaterialet de var hentet fra. Malterud (1996) fremhever at en slik matrise senere kan være et nyttig hjelpemiddel for sammenfatning og validering i analysens slutfase. Mine tolkninger og refleksjoner under analyseprosessen ble skrevet inn i samme skjema for å ta vare på mine inntrykk som vokste frem etter hvert.

I det siste og fjerde trinn ble bitene satt sammen igjen med sikte på å skape nye beskrivelser for å kunne dele de med andre. På bakgrunn av kategoriene med tema og undertema ble det laget en beskrivelse av hver kategori med eget avsnitt for hvert tema og undertema. I denne fasen ble det anvendt uttrykk eller sitat fra intervjuene for ytterligere å kunne forsterke forståelsen. Denne siste fase opplevde jeg som avslutningen av analysearbeidet og overgang til presentasjonen av funnene i studien.

4.5 Studiens holdbarhet

I videste forstand kan spørsmålet om forskningens holdbarhet knyttes til diskusjonen om sannhet og dermed knyttes den opp mot den såkalte positivismestriden. Innen den tradisjonelle forskning vurderes forskningens resultat ut fra klare kriterier som sannsynlighet, validitet og reliabilitet. Resultatet innen humanvitenskapen bør vurderes ut fra forståelsen som også innebærer sannhet, den er fokusert på prosessen og det å fremme nye perspektiv. Resultatet og kvaliteten finnes i det å søke etter sannheten, i forsøket på å skape større forståelse (Eriksson 1992). Spørsmålet om det man finner er sant eller ikke, kan ikke besvares med ja eller nei, viktigere er det å spørre om hvem det er sant for, hva det er sant om og hvilken rekkevidde og overførbarhet funnene har (Malterud 1996).

Innenfor forskningen omtales to former for kvalitetskontroll. Den ene er handler om studiens pålitelighet, mens den andre setter fokus på troverdigheten eller gyldighet. Kvalitativ forskning har tidligere blitt avvist som ikke vitenskapelig og ikke troverdig (Kvale 1997). I følge Fog (1999) og Erlandson (1993) er det forskerens plikt å arbeide med pålitelighets- og troverdighetsspørsmål gjennom hele studien. Hensikten er at leseren skal få tiltro til gjennomførelsen av studien og presentasjonen av studiens funn.

Troverdigheten i kvalitativ forskning har vært debattert i mange år og mange ulike begrep har vært foreslått brukt (Guba og Lincoln 1981, Sandelowski 1986).

Validitet kan deles i indre og ytre validitet. Sandelowski (1986) bruker begrepet *credibility* om den indre validitet og *fittingness* om den ytre validitet. Den indre validiteten handler om troverdigheten av en studie. Troverdigheten avgjøres av forfatterens beskrivelse av sin forforståelse, beskrivelse av hvordan datasamlingen har blitt gjennomført, beskrivelse av utvalget og beskrivelse av analysen. I denne studien redegjøres for alle disse trinnene og de valgene som er gjort. Det gir leseren en mulighet til å vurdere troverdigheten av studien. Jeg har også forsøkt å ivareta den indre validitet ved å beskrive min forforståelse, der min bakgrunn, utdanning og mine erfaringer med vurdering av studenter i praktiske studier fremkommer.

Fremgangsmåten i datasamlingen er tydelig beskrevet. Intervjuene ble gjennomført over tid i to ulike grupper to ganger i hver gruppe, hvilket kan bidra til å øke troverdigheten, ettersom erfaringen fra de første intervju kan bidra til å forbedre datainnsamlingen i de siste intervjuene. Det kan skje ved å kunne utdype uklarheter eller belyse tema som ikke ble tilstrekkelig belyst i første intervju.

Videre presenteres utvalgskriteriene som ligger til grunn for utvelgelse av informantene, og i tillegg beskrives hvilke informanter som har deltatt, sammen med en oversikt over de demografiske data for informantene. Jeg redegjør for informasjonen som er gitt til informantene i vedlegg. På denne måten har jeg forsøkt å ivareta gyldigheten av studien.

Studiens troverdighet er også søkt fremmet ved at en assistent har vært tilstede under gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene. Assistenten har kunnet bidra med bekreftelse eller avkreftelse av mine egne observasjoner under intervjuet og sikre at tema ble utdypet i tilstrekkelig grad. Validiteten er ytterligere styrket ved at hun deltok i en oppsummerende samtale med meg i etterkant av hvert intervju, for å avklare hva som var viktig å fokusere på eller utdype i neste intervju.

Trinnene i analysearbeidet er beskrevet og validiteten søkes også ivaretatt gjennom å vise sitat fra intervjumaterialet i presentasjonen av funn. Det gir leseren en mulighet til å vurdere om presentasjonen og tolkningene er gyldige ut fra de faktiske data.

Den ytre validitet, som Sandelowski (1986) benevner fittingness, handler om overførbarheten av en studie. Forenklet kan det forklares ved at det i kvantitative studier er forskeren som definerer generaliserbarheten. Leseren kan så være enig eller uenig i denne vurderingen. I kvalitative studier er det ikke forskeren som definerer generaliserbarheten, hun eller han viser prosessen og de funn som trådte frem i denne prosessen. Siden er det leseren som vurderer overførbarheten av disse funn ved å stille spørsmål om hvilke funn er overførbare og for hvem, samt under hvilke forutsetninger er de overførbare. Faktorer som kan bidra til å styrke studiens overførbarhet kan være at funnene ikke er knyttet opp mot bare et praksisfelt eller et spesielt utdanningsår, at det er mulig å sammenlikne funnene med annen forskning og sist at praksisveiledere eller kontaktsykepleiere alle har ansvar for veiledning og vurdering av studenter i praksisstudier ut fra samme retningslinjer.

I kvalitativ forskning stilles forskeren overfor mange tekniske og menneskelige utfordringer når påliteligheten skal ivaretas, fordi både teknisk utstyr og mennesker anvendes som instrument i datasamling. Påliteligheten avhenger derfor også av kvaliteten på teknisk utstyr og kvaliteten på forskeren. Lydkvaliteten på det siste intervju i distriktet var av dårlig kvalitet, noen informanter hadde veldig svak stemme og det kunne være vanskelig å høre deres bidrag. For å sikre korrekt gjengivelse av data fra dette intervjuet hørte jeg båndet flere ganger før det ble sendt til transkribering. Etter intervjuet var transkribert leste jeg tekstmaterialet samtidig som jeg hørte på båndet.

Kvaliteten på forskeren handler om forskerens evne til å gjennomføre intervjuer, forskerens evne til at beskrive sin for forståelse, forskerens evne til følsomhet overfor data og kvaliteten på den veiledningen forskeren får (Kvale 1997). Mitt kjennskap til praksisfeltet og min erfaring med samarbeid med kontaktsykepleierne om vurdering av studentene har gitt meg lettere tilgang til og forståelse av informasjon. Trening i å samle data og stimulere til refleksjon ved å stille åpne spørsmål i studentveiledning har gitt meg en erfaring som har kunnet bidra til å fremme dialogen i gruppene og derigjennom gjøre datamaterialet rikere. Gjennom å intervju samme gruppe to ganger ble det mulig å følge opp tråden fra første intervju. På den måten ble materialet utdypet og rikt. Da jeg, sammen med en kollega, bare en gang tidligere har gjennomført en studie, er min forskererfaring liten, hvilket vil kunne prege kvaliteten på studien.

Det stilles spesielle krav til påliteligheten når forskeren arbeider med problemstillinger der hun eller han har et spesielt engasjement (Malterud 2003). Observatørens deltakelse i den første gjennomgang rett etter intervjuet mener jeg kan bidra til å fokusere på hva som faktisk ligger i teksten og sikre at forskerens egen forforståelse ikke blir dominerende.

Påliteligheten i kvalitativ forskning kan således ikke sjekkes med enkle prosedyrer, det handler mer om å ha en holdning til systematisk og ærlig håndtering av kunnskap (Hafting & Nessa 1990). Derfor har det vært min viktigste oppgave å gjøre leseren til en informert ledsager med innsikt i de betingelser som funnene er fremkommet under.

4.6 Forskningsetiske betraktninger

Kvalitative data omhandler menneskers erfaringer og tanker og har ofte en form der det språklige uttrykk gir materialet en sensitiv og personlig karakter. Det stiller strenge krav til gjennomføringen av studien. Studien er gjennomført etter Etske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden, revidert 1991. Ved å redegjøre for valgene som er tatt under planleggingen og gjennomføringen av studien, viser jeg til hvilke etiske vurderinger som er gjort underveis.

I planleggingsfasen inngår det å innhente deltakernes samtykke, sikre konfidensialitet og vurdere hvilke konsekvenser deltakelse i studien eventuell kan få for deltakerne (Kvale 1997). Frivillig informert samtykke (vedlegg 4) ble innhentet skriftlig fra alle deltakerne i studien, etter at de hadde fått skriftlig informasjon om studien og før intervjuene ble gjennomført (vedlegg 2). Deltakerne ble gjort oppmerksom på at de til enhver tid kunne trekke seg fra studien uten noen form for konsekvenser for den enkelte. Deltakerne hadde hele tiden mulighet for å kontakte både meg og min veileder ved Institutt for sykepleievitenskap hvis de hadde spørsmål angående studien.

Et intervju er ikke bare en prosess som frembringer et vitenskapelig produkt, men også en mellommenneskelig relasjon som reguleres av rett og galt, makt og avmakt, kort sagt et moralsk forhold (Fog 1994). Utgangspunktet for mitt arbeid, både som sykepleier, lærer og forsker, er det humanistiske menneskesyn som bygger på en helhetsforståelse av mennesket. I det ligger en dyp og grunnleggende respekt for det enkelte menneskes

integritet. Ved å basere gjennomføringen av studien på disse verdier, mener jeg å ivareta mitt moralske ansvar overfor deltakerne. Flere av deltakerne ga etter intervjuene uttrykk for at de hadde følt det lærerikt å delta i fokusgruppene.

Deltakernes konfidensialitet ivaretas i denne studien ved påmelding til deltakelse direkte til forsker og ved å oppbevare datamateriale og all informasjon om deltakerne i studien utilgjengelig for uvedkommende. I oppgaven illustreres tolkninger med utsagn fra de ulike deltakere, disse utsagn fremstilles slik at de ikke kan spores tilbake til den enkelte deltaker.

Det ble innhentet tillatelse til gjennomføring av studien fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste, datafaglig sekretariat (vedlegg 5). Studien ble gitt konsesjonsfritak i henhold til § 9 i personregisterloven (vedlegg 6).

I analysen og fremstillingen i oppgaven har jeg forsøkt å gi et korrekt bilde av den informasjon jeg har fått ta del i fra deltakerne. Presentasjonen av funn illustreres med utsagn fra deltakerne i studien, slik at det er mulig for leseren å vite hvilke data tolkningen bygger på.

Å tilbakeføre studiens resultater til deltakerne og deres respektive arbeidsplasser ser jeg som mitt etiske og moralske ansvar. Resultatet av studien vil bli formidlet til deltakernes arbeidsplasser i form av en muntlig presentasjon av studiens funn og et eksemplar av hovedoppgaven.

4.7 Metodediskusjon

I dette kapittel vil jeg diskutere styrke og svakhet ved metoden, som er valgt i denne studien. Jeg har i beskrivelsen av studiens holdbarhet allerede kommentert flere viktige punkter, og vil derfor i dette kapittel legge spesiell vekt på studiens svakheter

I studien deltok tretten informanter. Tretten informanter kan oppfattes som et lite antall å finne allmenne sammenhenger fra. Deltakerne i studien hadde varierende grad av erfaring, noen hadde flere års erfaring, mens andre hadde vært kontaktsykepleier bare en gang. Informantene presenterte studentenes praksisfelt i andre og tredje studieåret. Innen

disse praksisfelt finnes ulik organisering av kontaktsykepleierens arbeidsdag. Dette til sammen mener jeg sikrer både bredde og variasjon i datamaterialet.

At informantene både representere den erfarne og nybegynneren kan som sagt være en styrke. Imidlertid var det ikke noe som trådte tydelig frem i analysen som viste noe spesifikt for de to gruppene. Hadde jeg sortert datamaterialet i to bunker, de erfarne i en og de uerfarne i en annen, kunne jeg ha sett noe annet enn det jeg så ved å samle datamaterialet i et dokument.

Selve gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene har stor betydning for datasamlingens kvalitet. Jeg benyttet en semistrukturert intervjuguide i intervjuene. Det krever en åpen og aktiv lyttende holdning hos intervjueren og kvaliteten er avhengig av at intervjueren kan fortsette med utdypende og relevante spørsmål ut fra det informantene taler om. Denne åpenhet og spørsmålsformulering kan påvirkes av min forforståelse og kjennskap til praksisvurdering.

En svakhet ved fokusgruppeintervju kan være at en person dominerer gruppen eller at en person forholder seg taus. Jeg opplevde under intervjuene at informantene var åpne og velvillig fortalte om sin vurdering av sykepleiestudenten i praksisstudier, alle kom til orde og alle var aktive under intervjuet. Allikevel oppdaget jeg under arbeidet med analysen at om jeg hadde stilt flere og mer utdypende spørsmål kunne datamaterialet vært beriket og jeg kunne ha fått frem flere nyanser omkring studiens tema og forskningsspørsmål. Spesielt gjaldt dette utdyping av forskningsspørsmål to. I forbindelse med dette spørsmål ble bildet av den gode sykepleieren ble trukket frem flere ganger som bakgrunn for vurderingen. Det hadde vært viktig å få kontaktsykepleierne til å utdype hva de mente karakteriserte den gode sykepleieren, og jeg ser det som en svakhet i denne studien at det ikke ble gjort i tilstrekkelig grad.

Materialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ latent innholdsanalyse. Analysearbeidet ble utført av én person og dermed er det en fare for at tolkningene som er gjort kan være preget av forskerens forforståelse og dermed i fare for å være overtolket eller feiltolket. Dette er forsøkt unngått ved å anvende direkte sitater fra informantene i presentasjonen av funnene, samt gjennomgang av intervjuene med assistenten rett etter gjennomføringen av intervjuene.

En stor svakhet ved studien er allikevel at deltakerne i studien representerer sykepleierutdanningens praksisfelt, bortsett fra sykehjemmene. Hadde studiens informanter vært rekruttert fra hele utdanningens praksisfelt hadde det beriket datamateriale, hatt betydning for generaliserbarheten av studien og det videre arbeid med praksisvurdering i høgsolen.

5. Presentasjon av funn

Forskningsspørsmålene danner rammen for presentasjonen med de tema og undertema som trådte frem fra teksten under analysearbeidet. Følgende fem hovedtema fra analysen vil bli presentert:

1. Kontaktsykepleierens vurderingsrutiner
2. Metoder for innsamling av vurderingsgrunnlag
3. Kunnskap og kompetanse som vurderes
4. Ansvar i vurderingsarbeid
5. Utfordringer kontaktsykepleieren opplever i deres vurderingsarbeid

I analysen viste det seg at de organisatoriske betingelser som informantene arbeider under har stor betydning for hvordan kontaktsykepleierne gjennomfører vurderingen. Jeg fant at de to gruppene (kontaktsykepleierne fra sykehus og kommunehelsetjenesten) gjennomføring og opplevelse av studentvurderingen ikke var helt sammenfallende. Når funnene viste at det ikke var sammenfall blir de presentert for hver fokusgruppe for seg.

I teksten omtales informantene som ”i” etterfulgt av et kodennummer i parentes etter direkte sitat. I parentesens angis i tillegg med bokstav hvilket praksisfelt informanten kommer fra. Sykehus = s, Psykisk helsevern = p, Hjemmesykepleien = h.

5.1 Kontaktsykepleierens vurderingsrutiner

Mønsteret som kommer frem er at kontaktsykepleierne i sykehus startet med en vurdering av studenten ved praksisperiodens begynnelse for å kunne danne seg et bilde av studentens ståsted. Rutinen med en slik tidlig summativ vurdering ble begrunnet med at det på sykehuset med akutt syke pasienter og en lite forutsigbar hverdag, er vanskelig å få tid til å gjennomføre vurderingen som kontaktsykepleieren mente den burde gjennomføres. Arbeidsdagen var preget av handlingstvang i forhold til sykepleie og

behandling av pasienter. Akutte innleggelser, personalmangel, sykdom, ferieavvikling og turnusarbeid angav kontaktsykepleierne som årsak til at de ikke var tilstede sammen med studenten. I følge kontaktsykepleierne i denne studien, ville det ha vært ideelle forhold om de hadde hatt mye tid sammen med studenten. Da kunne de hatt rom for å observere studenten i stell og pleie av pasientene, og hatt tid til samtaler med studenten om de utførte sykepleiehandlingene. Kontaktsykepleierne ga sterkt uttrykk for at de ønsket at de kunne vurdere studentene ut fra et helhetsperspektiv hele tiden. Et helhetsperspektiv på studentens kunnskap og kompetanse opplevde de imidlertid ikke før helt til sist i perioden, og flere ga uttrykk for at de ikke opplevde å få det.

Kontaktsykepleierne i sykehus poengterte under intervjuet, at når de opplevde det vanskelig i forhold til vurdering av en student, ba de sine kollegaer om hjelp. Hjelpen besto da i at andre sykepleiere i avdelingen først arbeidet sammen med studenten eller observerte studenten i sykepleiehandlingene. Siden formidlet de sin vurdering av studenten til kontaktsykepleieren. Det kom ikke frem i intervjuet at kontaktsykepleieren konkretiserte hva problemene hos studenten besto i eller hva de ønsket av de kollegaer de bad om hjelp. Sykepleierne i sykehus mente de hadde gode muligheter for å kunne være i dialog med hverandre omkring studenten, og ga ikke uttrykk for at de opplevde det vanskelig å spørre om hjelp i vurderingsarbeidet.

I hjemmesykepleien er situasjonen en annen. Kontaktsykepleierne fortalte om en mer forutsigbar hverdag med stor andel av kronisk syke pasienter med behov for langvarige sykepleietjenester. Kontaktsykepleieren hadde tid sammen med studenten gjennom hele praksisperioden ved at de kjørte sammen til alle besøkene de skulle utføre og oftest gjennomførte sykepleiehandlingene sammen. Kontaktsykepleierne ga uttrykk for at de hadde gode muligheter for å observere studenten i utførelsen av sykepleien, og tid til refleksjon over de ulike sykepleiehandlingene de hadde utført eller skulle utføre.

I intervjuene med kontaktsykepleierne fra hjemmebasert omsorg kom det frem at informantene for første gang under fokusgruppeintervjuene snakket med noen om hvordan de gjennomførte studentvurderingen. De hadde aldri hørt eller visst noe om hvordan deres kollegaer gjennomførte vurderingen og hadde dermed heller ikke diskutert problemer de opplevde rundt praksisvurdering. De opplevde å stå helt alene om ansvaret for vurderingen.

Under siste intervju var det første gang jeg hørte mine kollegaer snakke om hvordan de gjennomfører vurderingen av sykepleiestudentene, vi har aldri snakket om dette tidligere, jeg har aldri spurt eller fortalt noe jeg heller (ih13)

Felles for informantene var at de ikke opplevde å ha noen faste rutiner for vurdering av studentene, bortsett fra de to vurderingsmøtene som er planlagt av utdanningsinstitusjonen halvveis i praksisperioden og ved avsluttet periode. Det ble fremhevet av flere informanter at ”det er litt avhengig av studenten” hvordan de gjennomførte vurderingen.

Jeg bruker mine egne modeller som jeg har funnet ut etter hvert (is2)

Kontaktsykepleierne fremhevet at studentene var forskjellige og det var vanskelig å forklare ”hva jeg gjør i enhver sammenheng”. Det fremkommer at kontaktsykepleieren kunne ha ulike vurderingsrutiner, alt etter hvilken type student det var. Informanten var imidlertid ikke i stand til å forklare hva denne ulikheten i vurderingspraksis besto i.

Det synes som denne første vurderingen i sykehus endte opp med at studentene ble sortert i to grupper. En gruppe med de studentene som hadde blitt vurdert som dyktige og en gruppe med de studenter som ble betegnet som svake. Kontaktsykepleieren sorterte studentene slik for å kunne avklare for seg selv hva studenten eventuelt ville kreve av henne i det videre praksisforløp. En informant sier det slik:

Når jeg ser at studenten er i utvikling, da vet jeg hva jeg har å forholde meg til og jeg kan konsentrere meg om andre ting (is3)

Her ble det fremhevet at når kontaktsykepleieren kunne se at studentene ”er i utvikling” trengte hun ikke å følge dem så tett opp, men kunne i stedet fokusere på pasientene og de ”svake” studentene. Det kan bety at læringsbetingelsene, veiledningen og vurderingen var forskjellig og ulik for studentene.

Kontaktsykepleierne i hjemmebasert omsorg beskrev også en første vurdering ved praksisstart, men de omtalte det som *førsteinntrykket*. Det virket ikke som førsteinntrykket resulterte i noen gruppering av studentene. Førsteinntrykkets betydning ble beskrevet slik av en informant:

Førsteinntrykket har ganske mye å si, og studenten selv er nervøs og redd for å si noe dumt. Når jeg tenker på meg selv, prøver jeg å ikke legge for mye vekt på de første dagene og hvordan de oppfører seg da, for jeg tror ikke det er lett å komme til et helt nytt sted (ih12)

Kontaktsykepleiere i kommunehelsetjenesten påpekte at førsteinntrykket ikke alltid stemte med virkeligheten, det trengte ikke å ha noe å si for faget om studenten var stille og rolig den første uken.

I hjemmebasert omsorg beskrev kontaktsykepleierne en kontinuerlig vurderingsprosess knyttet opp mot besøket hos den enkelte pasient. I bilen mellom besøkene ble studentens handlinger vurdert og han eller hun fikk veiledning i forhold til eventuell forbedring eller endring av sykepleiehandlinger, samtidig som studentens refleksjon ble stimulert.

Kontaktsykepleierne fortalte at de, ved å gjennomføre vurderingen på denne måten, kunne oppdage problemer eller manglende kunnskap hos studenten etter hvert. Deres vurdering var alltid koplet opp mot det de hadde sett av studentens sykepleie hos pasienten eller knyttet til det aktuelle besøket hos en pasient.

Denne kontinuerlige vurderingsprosess fremhevet de som positiv. De opplevde at de ved å arbeide på denne måten selv kunne få bearbeidet sine opplevelser etter for eksempel et vanskelig besøk, eller bruke det som forberedelse til neste besøk. De opplevde å få utvidet sitt eget perspektiv i forhold til sin sykepleie til pasientene gjennom veiledning av studenten.

5.2 Metoder for innsamling av vurderingsgrunnlag

Alle informantene beskrev observasjon, dialog og studentenes egen vurdering som verdifulle kilder for de vurderingene som gjøres. Samtidig poengterte de at tiden til vurderingsarbeid kunne være knapp, kontaktsykepleieren hadde ikke avsatt noe ekstra tid til å være kontaktsykepleier og ga sterkt uttrykk for at det er vanskelig å kombinere vurdering med det daglige pasientarbeid.

5.2.1 Observasjon

Kontaktsykepleierne vektla betydningen av observasjon som en viktig forutsetning for vurdering og at dette krever at de har arbeidet sammen med studenten. De mente at de ved observasjon kan få innblikk i studentens praktiske ferdigheter, samhandlings- og kommunikasjonsferdigheter og planleggingskompetanse. I forhold til å kunne observere studentene i praktisk sykepleie skiller de to gruppene seg fra hverandre.

Kontaktsykepleierne i sykehus fortalte om deres problem med å kunne få tid til å være sammen med studenten gjennom hele praksisperioden. Kontaktsykepleieren i kommunehelsetjenesten fortalte at de hadde mye tid sammen med studenten, spesielt i første halvdel av praksisperioden. Dermed kan de få et tydeligere bilde av studentens kunnskap og kompetanse i praktisk handling. Kontaktsykepleieren beskrev blant annet sine observasjoner av hvordan studenten hilste på pasienten og fremhevet at det var de første observasjoner de gjorde. Videre beskriver de at de vektlegger observasjoner av studentens håndlag. I siste del av perioden reiste studenten ut til pasientene på egen hånd og kontaktsykepleieren arbeidet ikke så mye sammen med dem.

Informantene fra sykehus fremhevet ofte at det var vanskelig å få tilstrekkelig tid til å kunne observere studenten i praktisk sykepleieutførelse. Når kontaktsykepleier har liten tid til å arbeide sammen med studenten ble det slik at studenten utførte sykepleiehandlinger på egen hånd. Kontaktsykepleier opplevde det lite tilfredsstillende, til dels stressende og utrygt.

For det hender jo at det blir ganske hektisk i en avdeling så du ikke får tatt deg nok av studenten (is 2)

I forbindelse med at kontaktsykepleieren beskrev sine manglende muligheter til å være sammen med studentene i sykepleiehandlinger, fremhever kontaktsykepleieren de studentene som ”*lar seg kontrollere*”. De beskrev at når studenten *lot seg kontrollere* kunne de oppnå oversikt og fikk på den måten kontroll på hva studenten planla å gjøre. Da opplevde de større grad av trygghet i sin rolle som kontaktsykepleier. Sykepleierne i kommunehelsetjenesten bekreftet kontaktsykepleierne fra sykehuset i at den synlige studenten skapte trygghet.

5.2.2 Dialog

Det var spesielt kontaktsykepleierne fra kommunehelsetjenesten som fremhevet dialogen som en måte å tilegne seg innsikt i studentens kunnskapsnivå på. De ga uttrykk for at de i denne dialogen kunne få innblikk i hvordan studenten tenkte og reflekterte i forhold til den sykepleien som ble utført eller skulle utføres hos pasientene.

[..] at det blir en sånn naturlig dialog underveis (ip9)

I forbindelse med å samle data som vurderingsgrunnlag, nevnte flere informanter betydningen av å stille spørsmål. Når de stilte spørsmål ga de uttrykk for at de søkte etter studentens begrunnelser for sykepleiehandlinger, og at de forsøkte å få tak i studentens kunnskapsnivå og refleksjonsevne på denne måten. De ga uttrykk for at de på denne måten ønsket å bli kjent med studenten og være trygge på at studenten kunne utføre de aktuelle sykepleiehandlinger hos pasient korrekt, og ikke overskred sitt kompetanseområde. Noen informanter uttrykte de forbandt det å stille spørsmål med å oppnå kontroll og dermed oppleve trygghet i forhold til studentenes sykepleie, mens andre informanter vektlegger det refleksjonsfremmende ved å stille spørsmål. Kontrollaspektet er sterkest hos sykepleierne i spesialisthelsetjenesten, mens refleksjonsaspektet var mest fremtredende hos informantene fra kommunehelsetjenesten.

Flere kontaktsykepleiere i studien fortalte at det ofte virket som om studentene ikke trivdes når det ble stilt spørsmål i forhold til deres sykepleiehandlinger. Når kontaktsykepleieren opplevde det, trakk hun seg fra å stille spørsmål for ikke å øke ubehaget for studenten. De mente at fokus da ble flyttet fra det å stimulere til refleksjon til å gi råd ut fra egen læringserfaring. Kontaktsykepleier opplevde det som mindre truende for studenten, og de opplevde at relasjonen føltes tryggere for begge parter.

Det å stille spørsmål ble koplet opp mot rollen som kontaktsykepleier. En kontaktsykepleier uttrykker det slik:

Jeg er helt enig med deg altså, (annen informant), for å kunne prøve å være en god veileder, så må du stille spørsmål. Du er nødt til det, hvis ikke får du ikke sett hvordan studenten er (is3)

5.2.3 Studentens egenvurdering

Studentens egenvurdering av sin sykepleiekompetanse ble fremhevet som viktig av alle informantene. Informantene fortalte at det blant annet var studentenes egenvurdering de ønsket å få innsikt i når de stilte spørsmål. Urealistiske egenvurderinger ble tolket som at studenten var faglig svak. Var studentens egenvurdering ikke realistisk opplevde kontaktsykepleieren utrygghet.

De sitter der og legger ut i det vide og det brede [...] det er nesten så du begynner å grunne på deg selv (is1)

Flere har opplevd at det ikke var samsvar mellom deres egen vurdering av studenten og studentens egenvurdering. Enkelte kontaktsykepleiere koplet det direkte til de situasjoner hvor de opplever studenten som faglig svak. De gir uttrykk for at studenten da fremstilte seg som dyktigere enn de egentlig var.

Informantene søkte innsikt i studentens egenvurdering ved de formelle vurderingssamtalene og ved de daglige samtaler med studentene. Til tross for at studenten hadde ansvar for å levere inn sin egenvurdering i forkant av vurderingssamtalen til både kontaktsykepleier og lærer opplevde flere kontaktsykepleiere at disse egenvurderingene ofte var ganske innholdsløse. Dermed opplevde de ikke å få hjelp av studentenes egenvurdering i sin vurdering. Enkelte informanter tilskrev årsaken til de mangelfulle egenvurderingene høgskolens lave krav til studentene. Flere informanter opplevde at studentens personlige målsetting, som fremkom sammen med målsettingen for perioden, var viktig for å få innsikt i studentens ståsted. De opplevde imidlertid at ikke alle studenter hadde skrevet egne mål.

Enkelte kontaktsykepleiere fremhevet at ved å lese studentenes refleksjonsnotater, fikk de et godt innblikk i studentenes egenvurdering, hvilke sykepleiehandlinger de hadde deltatt i og hvilken kompetanse og hvilket kompetansenivå de hadde oppnådd.

Det er også dagbøkene, du kan lese gjennom dem og det sier veldig mye om studenten og da har man grunnlag for vurdering og sånn [...] det kommer i tillegg til hva du har sett sjøl (ih8)

I intervjuet fortalte en kontaktsykepleier at hun ba studenten om kopi av refleksjonsnotatene og at hun pleide å lese dem hjemme etter arbeidstid.

5.2.4 Tilbakemelding fra kolleger

Kontaktsykepleieren i sykehuset ga uttrykk for at de var avhengige av at andre hadde observert studenten i sykepleieutførelsen og gitt tilbakemelding til kontaktsykepleieren. Informantene ga ikke uttrykk for at denne avhengigheten resulterte i noen spesiell tilrettelegging av studentveiledning og vurdering i avdelingen som helhet. Det kom ikke frem at det var et strukturert samarbeid om vurderingen når det var behov for det. Hva som ble vurdert av de ulike sykepleierne som arbeidet sammen med studenten var uklart. Tilbakemeldingen fra kollegaene ble av informantene beskrevet som både tilfeldig og planlagt:

Hører litt med kolleger som kanskje har gått litt med studenten(is2)

Å få flere i avdelingen til å danne seg et grunnlag. Er det fem stykker som går med studenten i løpet av praksisperioden og er enige, vil du sikkert føle det bedre etterpå (is5)

Den tilfeldige tilbakemeldingen fra kolleger fant sted når tiden for de formelle vurderingssamtalene nærmet seg. Den planlagte tilbakemeldingen ble etterspurt når kontaktsykepleier opplevde studenten som faglig svak og selv opplevde det utrygt i forhold til studenten.

Kontaktsykepleierne i hjemmesykepleien og psykisk helsevern ga ikke uttrykk for at de hadde behov for at andre gikk med studenten for å kunne vurdere dem. Behovet for at andre var med studenten knyttet seg opp mot kontaktsykepleierens fravær.

5.3 Kunnskap og kompetanse som vurderes

Hvilken kunnskap og kompetanse som ble vurdert ble ikke tydelig konkretisert med bakgrunn i rammeplanens kompetansebeskrivelser eller fagplanenes mål. I følge flere informanter var deres vurdering preget av skjønn.

Jeg har ikke vært på noe veiledningskurs og jeg må si at det går ut fra min egen kunnskap og blir på mitt eget skjønn det (is6)

I informantenes beskrivelse av hva de vektla i sine vurderinger av sykepleiestudentene, kom det flere ganger frem at den enkelte kontaktsykepleier hadde en ide om den gode sykepleieren og anvendte dette som norm for sin vurdering av studenten. En informant sa det slik:

Du har en ide om hvordan en god sykepleier fungerer og da måler du jo studenten opp mot det. Og det blir preget av skjønn det, hva du selv legger i det (is2)

Hva som kjennetegnet den gode sykepleieren varierte fra kontaktsykepleier til kontaktsykepleier. En informant sa i denne sammenhengen slik:

Jeg vil heller være en praktiker enn en teoretiker! (is6)

Det fremkommer her et skille mellom det som forstås som teoretisk og praktisk kunnskap og at de to forskjellige typer kunnskap blir ulikt verdsatt. Den gode sykepleieren er den gode praktiker.

Videre beskrev kontaktsykepleierne hva de la vekt på i sin vurdering, flere nevnte samme kunnskap og kompetanse, men med ulik vektlegging. Til sammen kan det danne bildet av den gode sykepleieren. Flere informanter fremhevet betydningen av at studenten hadde ”gode holdninger og god gammeldags folkeskikk”. Det ble ikke beskrevet i detalj hva de mente med gode holdninger og folkeskikk, men samtlige informanter var enige om at studentene måtte være ydmyke i sitt møte med pasient og pårørende. Studentene måtte vise respekt overfor disse, og overfor andre ansatte de arbeidet sammen med. I den forbindelse ble det nevnt at det var viktig å holde avtaler. Kontaktsykepleierne opplevde at studentens holdninger var de vanskeligste å vurdere. Det var i sammenheng med dette at to spørsmål som kontaktsykepleierne stilte seg under vurderingsarbeidet trådte tydelig frem i nevnte rekkefølge: *Vil jeg la denne studenten stille mine kjære?* og *Vil jeg ha denne student som min kollega?* Det virket som svaret på disse hadde ganske overordnet betydning. En informant konkretiserte spørsmålene på denne måten:

Er dette en student jeg ønsker skal stille mine kjære eller er det en student som jeg ønsker å gå ansvarsvakter med? Hvis jeg kan svare nei på det så stryker jeg studenten (is1)

I forbindelse med samhandling med pasient og pårørende vektla kontaktsykepleierne også studentens evne til å etablere relasjonen og deres evne til å tilrettelegge for en god

kommunikasjon. Kontaktsykepleierne innen psykisk helsevern hadde spesielt fokus på studentens evne til kontaktetablering, relasjonsarbeid og kommunikasjonsevne.

I og med at jeg jobber innenfor psykiatrien legger jeg særlig vekt på det første møte med pasienten, det med kommunikasjon både verbal og nonverbal, det å få kontakt, det blir det essensielle innen psykiatrien (ip9)

Kommunikasjon definerte de som deres arbeidsredskap og det ble derfor en viktig kompetanse å vurdere hos studenten.

Observasjonsevne var en kompetanse som ble trukket frem av samtlige informanter som viktig å vurdere. Det var stor enighet om at det var en grunnleggende kompetanse man måtte ha innen sykepleien. Informantene ga uttrykk for det både verbalt og ved å vise et økt engasjement i diskusjonen om studentenes observasjonsevne.

Andre områder som ble nevnt som prioriterte områder i kontaktsykepleierens vurdering var studentenes helhetlige tenkning, prioritering og planlegging av oppgaver. Å kunne vurdere en student ut fra et helhetsperspektiv var ønsket av informantene i begge gruppene. Kontaktsykepleierne sa at *når de endelig ante dette helhetsperspektivet var det egentlig for seint*. De begrunner det med at hvis de gjennom hele perioden har gitt studentene gode tilbakemeldinger på enkelthandlinger som stell av pasient og oppgaver de har sett studenten utføre, kan det vise seg, at når alle delene settes sammen er måloppnåelsen ikke tilstrekkelig allikevel.

De kan være flinke i teori og for så vidt også i praksis og allikevel være uegnet som sykepleiere (ih13)

Det å kunne prioritere og planlegge oppgaver var sett i lys av pasientenes og avdelingens behov. Ingen informanter trakk dette frem i forhold til studentens læringsbehov. I intervjuet trakk flere kontaktsykepleiere frem at det var viktig at studentene gled inn i miljøet og de skulle arbeide ut fra avdelingens rutiner.

Alle kontaktsykepleierne i begge gruppene bekreftet at det var viktig at studenten viste interesse og engasjement for at de kunne vurdere dem. Å vise interesse i den læringssituasjon studenten var i ble beskrevet som at de stilte spørsmål og var nysgjerrige, samt at de var villige til å prøve å utføre ulike prosedyrer.

Det fremkom at informantene opplevde at de gjennom studentens spørsmål fikk innsikt i hvordan studenten tenkte og de opplevde dermed at de lettere kunne gjøre seg opp en mening om studentens kunnskap. I sammenheng med dette ble det fremhevet at informantene vurderte studentens evne til å innrømme svakheter som betydningsfull.

5.4 Utfordringer i vurdering

Den største utfordringen kontaktsykepleieren opplevde var det å måtte stryke en student. Der var veldig ulik erfaring blant informantene i forhold til å vurdere en student til ikke å bestå en praksisperiode. I kommunehelsetjenesten hadde ingen informanter erfaring med å stryke studenter i praksisstudiene, mens det i spesialisthelsetjenesten var flere som hadde erfaring med studenter som ikke kunne godkjennes til bestått. Noen informanter hadde erfaring med at studenter som de vurderte ikke kunne bestå praksisperioden allikevel fikk bestått.

5.4.1 Stryk av student

Hvis kontaktsykepleieren registrerte at studentens kunnskaper og handlingskompetanse ikke var tilstrekkelig i forhold til å kunne bestå en praksisperiode ble hun usikker. Det kom tydelig frem at hun i den situasjon ikke stolte på sin egen vurderingsevne. I stedet for å være ytterligere oppmerksom på å samle informasjon om studentens kunnskaper og handlingskompetanse som kunne vise om hennes beslutning var rett, begynte hun å lete etter feil eller manglende veiledningskompetanse hos seg selv. Flere informanter brukte uttrykket ”*det er vondt..*” om det å måtte stryke en student.

Kontaktsykepleieren la ned store anstrengelser i det å skape tillit, legge til rette for læring og etablere en relasjon med studenten ved praksisperiodens begynnelse. Hvis det så endte med at studenten fikk ikke bestått praksisperiode, opplevde kontaktsykepleieren det som hun ikke hadde lyktes med sin veiledning.

Jeg var jo fryktelig usikker, det var jo min student. Er det meg det er noe som ikke stemmer med? Du føler deg utrolig usikker, er jeg urettferdig overfor studenten? (is6)

Dette utsagnet fra en informant ble sagt med en slik inderlighet i stemmen og ble bekreftet av de fleste av informantene fra sykehuset. De fortalte at når de først hadde etablert en likeverdig og tillitsfull relasjon til studenten, opplevde de det å stryke ham eller henne som et tillitsbrudd. Kontaktsykepleierne opplevde å ha medfølelse med studenten som ikke lyktes med sin målsetting, men de var også tydelige på at noen ganger kunne det ikke være annerledes. For å få bekreftet at det ikke var deres manglende veiledningskompetanse som var skyld i studentens stryk, spurte de sine kollegaer hva de mente om deres veiledning.

Jeg må være trygg på at det er rett bilde av studenten som presenteres på vurderingsarket (ih11, is3)

På tross av at kontaktsykepleiere ga uttrykk for at det var smertefullt å stryke en student ga de også uttrykk for at det var noen positive sider med det. Hvis studenten ble strøket tidlig i utdanningen, ville studenten få mulighet til å forbedre seg. Flere informanter sa at det også ville gi studenten mulighet for å kjenne etter om det virkelig var sykepleier han eller hun ville bli. Informantene uttrykte at det positive ved å stryke en student var, at studentene kunne bli tryggere ved å tilegne seg mer kunnskap. De fikk mulighet til å utvikle seg når de måtte gjennomføre en ekstra praksisperiode.

Det var stor enighet blant kontaktsykepleierne om at studenter, som ble strøket seint, måtte ha hatt problemer tidligere som hadde blitt oversett. Flere informanter mente at når studenter stryker mot slutten av utdanningstiden handlet det om at det var så vondt å stryke en student at man hadde latt det være, og håpet på at de neste ville gjøre det. En kontaktsykepleier uttrykker sig slik:

Den store utfordringen som kontaktsykepleier er vel å bli så trygg og sterk at du faktisk stryker studenter som ikke er dyktige nok, for det er jo mange som har glidd igjennom fordi kontaktsykepleieren ikke orker den belastningen det er [...] (is4)

Kontaktsykepleieren erkjente hermed at det kunne være for vanskelig å stryke en student. Ikke fordi de ikke så at studenten manglet kompetanse, men fordi det var en personlig belastning. Det krevde for mye av henne i en travel hverdag. Denne informanten ga samtidig uttrykk for at det krevde styrke, egen trygghet og mot for å kunne klare det.

Når kontaktsykepleiere opplevde at studenten sto i fare for å ikke bestå praksisperioden ble det viktig for dem ”å være profesjonelle”. Flere kontaktsykepleiere bekreftet at de ved stryk ”må være ikke bare 99 % men 100 % sikre” på at de hadde tatt en rett avgjørelse.

I den sammenheng fremhevet flere kontaktsykepleiere viktigheten av kontinuerlig vurdering og skriftliggjøring av den kontinuerlige vurderingen, slik at de kunne synliggjøre om studenten utviklet seg eller ikke. Det virket som behovet for systematikk og skriftliggjøring trådte tydeligere frem hvis studenten ikke ble vurdert som dyktig i utgangspunktet.

5.4.2 Samarbeid med lærer

I begge fokusgruppene fortalte informanter at de ofte opplevde at læreren kom med sin vurdering av studentenes dyktighet allerede når studentene ble meldt til avdelingen. De ga uttrykk for at det gjorde det vanskeligere å gjennomføre vurderingen av studenten med en slik forhåndsvurdering fra lærerens ståsted.

Når kontaktsykepleieren kom i den situasjon at studentene sto i fare for å bli vurdert til ikke bestått økte deres behov for samarbeid med høgskolens lærere.

Det kunne være all right at læreren hadde mer anledning til å være med i avdelingen og observere studenten [...] det kunne være all right for de du varsler om at her ligger det dårlig an (is2)

Tidsrammen for et slikt samarbeid ble problematisert av flere kontaktsykepleiere. Det kunne være vanskelig å få kontakt med læreren, og enkelte hadde opplevd at de måtte bruke av sin fritid for å gjennomføre samarbeidet rundt studenten som sto i fare for å ikke bestå praksisstudiene. En av informantene fra kommunehelsetjenesten bekreftet vanskelighetene. Hun hadde opplevd at læreren bare hadde vært tilstede ved de to obligatoriske vurderingssamtalene og videre kontakt om en student, som var i fare for ikke å bestå, foregikk på telefon på hennes fritid.

Informantene viste til ulike erfaringer med et slikt samarbeid. De fleste ga allikevel uttrykk for at de hadde opplevd det vanskelig å få til samarbeid med lærer når det handlet om å stryke studentene i praksisstudiene. Vanskelighetene besto ofte i at kontaktsykepleier og lærer hadde ulik oppfatning av studentens dyktighet. Flere

kontaktsykepleiere hadde opplevd at de ønsket å gi studenten ikke bestått praksis og at lærer hadde overprøvd deres vurdering. Det resulterte i at studenten hadde fått bestått praksisstudie. En informant fortalte om sin opplevelse på denne måten:

Læreren sa at studenten var en ressurs for avdelingen, så det var bare å boltre seg. Men det viste seg å være totalt feil. Det var veldig vanskelig, for læreren hadde en oppfatning om at dette var en ressurs, at studenten var meget dyktig. Så viste det seg at hun slet ut pasientene. Du kunne ikke ta henne på regnefeil, å sette medisin feil eller sånne ting, men hun hadde en væremåte som ikke var god. Så måtte jeg da begynne å dokumentere, måtte stille en del spørsmål, en del sånne krav, så hun måtte vise meg at hun fungerte. Det ble vanskelig, for hun opplevde at hun ble forskjellsbehandlet. Hun opplevde at lærer vurderte henne som en god student, men fra min side var hun ikke det. Jeg fikk ikke strøket henne, for læreren ville ikke. Hun var såkalt god (is1)

En informant fra kommunehelsetjenesten, fortalte om det motsatte forhold, hvor læreren ville gi studenten ikke bestått, mens kontaktsykepleieren mente at studenten hadde utviklet seg og gjort stor fremgang. Informanten opplevde dette meget vanskelig:

Jeg vet ikke helt hvordan læreren kunne sitte med det inntrykket og det var vanskelig å få frem min mening til læreren. Det var litt vanskelig, for studenten hadde ikke fått noen tilbakemelding fra meg fordi jeg synes alt var bra og så får hun den beskjeden! Hun var helt fortvilet og på nippet til å gi opp. Det gikk bra det også. (is4)

Ut fra dette utsagn kan det tyde på at ikke bare lærerens forhåndsvurdering men også en ulik vurdering av studenten kan bidra til å vanskeliggjøre vurderingen.

5.4.3 Nyutdannet kontaktsykepleier

Et annet område som flere informanter opplevde som utfordrende i praksisvurdering handlet om på hvilket tidspunkt i sykepleiekarrieren de fikk i oppdrag å være kontaktsykepleiere. Flere hadde opplevd å bli utpekt til kontaktsykepleier som nyutdannet sykepleier. En informant som opplevde det, beskrev det slik:

Det er klart jeg hadde satt pris på om jeg hadde fått litt tid til å være nyutdannet selv. Da jeg ble spurt om å være kontaktsykepleier sa jeg nei. Men dessverre var det ikke noe valg, de hadde allerede sendt navnet mitt til skolen. Det var det. Og da hadde jeg studenter sammenhengende de fire første måneder jeg arbeidet der (ih10)

Blant informantene var det flere nyutdannede sykepleiere som hadde vært kontaktsykepleier innen de hadde vært utdannet og i jobb i et år. En informant fortalte at hun hadde opplevd å være utpekt som kontaktsykepleier fra første dag på sin nye arbeidsplass og at studenten hun skulle være kontaktsykepleier for, hadde startet i praksis uken før hun selv startet i sin stilling som sykepleier.

5.5 Opplevelse av ansvar

Analysen pekte på tre områder hvor kontaktsykepleierne opplevde å ha ansvar i forbindelse med praksisvurderingen: ansvar overfor studenten, overfor pasient og pårørende, samt overfor samfunnet.

Å ha ansvar for studenten beskrev flere informanter som ansvaret for å legge til rette for studentens læring, for å etablere en trygg relasjon med studenten og ansvaret for at studentene fikk en rettferdig vurdering. Ansvaret for å gi studenten en rettferdig vurdering opplevde de som vesentlig. Det ble problematisk å ivareta dette ansvaret fordi det var knyttet til den enkelte kontaktsykepleier selv når hun hadde vanskelig for å få observert studenten i samhandling med pasientene.

Kontaktsykepleieren startet med å eliminere alt det som påvirket vurderingen og som kunne skyldes hennes egen manglende evner i veilederfunksjonen.

Jeg har opplevd å ha studenter som er i fare for stryk og som har blitt strøket, men de opplever seg forskjellsbehandlet fra andre studenter i avdelingen fordi de får helt andre krav (is1)

Relasjonen ble fremhevet av flere som betydningsfull for vurderingen. Flere kontaktsykepleiere bekreftet at de var redde for at studenten skulle legge skylden på dem, og begrunne en ikke bestått praksisperiode med at det hadde vært dårlig relasjon med kontaktsykepleieren. Kontaktsykepleierne anså det som sitt ansvar at relasjonen fungerte og vektla studentens rett til å bytte kontaktsykepleier hvis de opplevde relasjonen utrygg. De spurte studentene direkte om de opplevde relasjonen som problematisk når de det var fare for stryk. Hva andre mente om studenten ble fremhevet som viktig i forhold til å sikre at vurderingen var rettferdig. På den måten ble vurderingen av studenten i

vurderingssamtalen fremlagt på vegne av flere personer og ikke bare ut fra kontaktsykepleierens egen vurdering. Det opplevde flere informanter som en mer rettferdig vurdering.

Ansvar for pasient og pårørende veide tungt hos alle kontaktsykepleierne, hvilket ble fremhevet flere ganger i løpet av intervjuene i begge gruppene. Dette ansvaret var en av årsakene til at det kunne være vanskelig å følge opp studenten i forhold til veiledning og vurdering. Det handlet om ansvaret for pasientsikkerhet og ansvar for at relasjonen med både pasient og pårørende var preget av respekt og omsorg. Ansvaret for at studenten ikke skulle skade pasienten kom til syne som kontroll av studenten.

Profesjonsansvaret ble beskrevet som at kontaktsykepleieren opplevde sin vurdering av studenten i praksisperioden, som en del av det å godkjenne fremtidens yrkesutøvere innen sykepleien.

[...] For vurderingen hos meg er en bit av noe videre, noe av en helhet (ip9)

Ved å se deres vurdering i dette perspektivet, ga de uttrykk for at det var ekstra viktig å kunne stå inne for deres avgjørelser. En informant sa det på denne måten i forhold til vurdering i studentens siste praksisperiode:

Da skal du skrive under på at studenten kan være sykepleier [...], jeg føler det som et forferdelig stort ansvar (is3)

Kontaktsykepleierne fremhevet at de måtte være sikre på at studenten hadde den nødvendige sykepleiekompetanse når de var ferdigutdannet. Det var et ansvar de hadde ikke bare overfor profesjonen men det var også en del av deres samfunnsansvar.

6. Drøfting

Denne studien tok utgangspunkt i ønsket om å finne svar på hvordan kontaktskykepleierne gjennomfører praksisvurderingen av sykepleiestudentene og hvordan de opplevde sitt ansvar for vurderingen. Nysgjerrigheten min i forhold til å finne svar på dette, hadde utspring i mitt samarbeid gjennom flere år med kontaktskykepleiere om vurdering av sykepleierstudenter. Kontaktskykepleiere, som jeg vurderte som faglig dyktige, erfarne og reflekterte sykepleiere. Tross det virket det som de strevde hardt med vurderingen av studentene i praksisstudiene. At de, som var så dyktige sykepleiere, skulle være nødt til å streve så hardt med vurdering stemte lite overens med min forståelse av vurdering som et pedagogisk hjelpemiddel i veiledning og i studentenes læringsarbeid. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at fordi om du har kompetanse i sykepleie, har du automatisk pedagogisk kompetanse.

Studiens funn viser at kontaktskykepleierne opplevde mangel på tid og rutiner i gjennomføringen av vurderingen. Funnene tyder også på at organiseringen av det daglige arbeid har stor betydning for hvordan kontaktskykepleierne har mulighet til å gjennomføre den formative vurdering. Halvparten av informantene, det vil si informantene fra sykehuset, opplevde å være alene om ansvaret for vurderingen selv om studenten også ble veiledet av andre. Den andre halvparten, informantene fra hjemmesykepleien og psykisk helsevern, var alene sammen med studenten og hadde ansvaret for vurderingen alene uten å oppleve det problematisk.

Kontaktskykepleierne i studiene beskrev store utfordringer i forhold til deres ansvar for vurdering av studentene. Den største utfordringen opplevde de når de ble nødt til å vurdere en student til ikke bestått i praksisstudiene. Det var imidlertid ingen sykepleiere i hjemmesykepleien og psykisk helsevern som hadde opplevd å stryke en student, mens sykepleiere i sykehus hadde opplevd det. Et sterkt ønske om at vurderingen måtte være rettferdig var tilstede hos flesteparten av informantene.

Jeg vil i dette kapittel drøfte de funn i studien som anses spesielt viktige for kvaliteten i gjennomføringen av praksisvurderingen. Funnene drøftes i forhold til funn fra tidligere

forskning, annen relevant litteratur og egen erfaring. Diskusjonen struktureres i følgende punkter:

1. En rettferdig vurdering
 - Tidsmangel og organisering av arbeidsdagen
 - Mangel på vurderingsrutiner
 - Metoder for innsamling av vurderingsgrunnlag
 - Å tolke og forstå målene for praksisstudiet
 - Ikke bestått i praksisstudiene
2. Vurdering – et individuelt eller kollektivt ansvar?
3. Læring og vurdering
4. Kompetanse i kontaktsykepleierrollen

I presentasjonen vil de likheter og ulikheter i praksisfeltet, som vurderes å ha betydning for praksisvurderingen, løftes frem.

6.1 En rettferdig vurdering

Studien viser at kontaktsykepleiernes utfordringer med å ha ansvar for praksisvurdering sterkt knytter seg til spørsmålet om rettferdig vurdering. De områdene som beskrives som utfordrende var tidsmangel, organisering av kontaktsykepleierens arbeidsdag, mangel på vurderingsrutiner og det å tolke og forstå målene for praksisperioden. Disse påvirket kontaktsykepleierens mulighet til å gjennomføre en rettferdig vurdering av studenten. Særsilt tydelig kom det frem i forbindelse med at studentene ble vurdert til ikke å kunne bestå praksisstudiene.

6.1.1 Tidsmangel og organisering av arbeidsdagen

I Stortingsmelding 27 (2000/2001) blir det slått fast at vurdering er en kontinuerlig og obligatorisk del av praksisveiledningen. Dette betyr at studentene i praksisstudiene har

rett til kontinuerlig veiledning og vurdering for hele tiden å være orientert om sitt funksjonsnivå i forhold til mål og studiekrav for praksisperioden. Hvis kontaktsykepleierne skal ivareta studentens rett til kontinuerlig vurdering krever det at de har frigjort tid til dette vurderingsarbeid.

Kontaktsykepleierne fra sykehuset i denne studien fortalte at de hadde store utfordringer i forhold til å få tid til kontinuerlig oppfølging av sykepleiestudentene. De hadde liten tid til å være sammen med studentene i samhandling med pasientene, og det var liten tid til samtaler i det daglige arbeid. Dermed ble det også dårlige muligheter for innsamling av data som vurderingsgrunnlag. Konsekvensen var at det ble vanskelig å ivareta den formative vurderingen som studenten har krav på.

Mangel på tid for å ivareta kontaktsykepleierfunksjonen har blitt synliggjort i mange nasjonale og internasjonale studier de senere decenniene (Bjørk 1996, Lohne og Knutstad 2001, Usher, Nolan, Reser, Owens og Tollefson 1999, Vareide, Hofseth, Norvoll og Røhme 2001, Velund 2002, Williamson og Webb 2001). En studie av hvor mye tid sykepleiere uten kontaktsykepleieransvar brukte på veiledning i det daglige arbeid, viste at sykepleieren brukte 20 minutter av den daglige arbeidstiden til undervisning og veiledning av studenter og kollegaer (Vareide et al 2001). Tidsmangel for kontaktsykepleier til å ivareta sine veilederoppgaver bekreftes også i en dansk studie (Jespersen m. fl. 2000). I studien fortalte tolv av atten kontaktsykepleiere at de brukte av sin fritid for å kunne ivareta kontaktsykepleierfunksjonen tilfredsstillende. Velund (2002) fant i sin studie at helt opp til 44 % av kontaktsykepleiere fra medisinsk avdeling deltok i gjennomføringen av samtalene på fritiden sin. At kontaktsykepleiere anvender fritid for å ivareta ansvaret for vurdering bekreftes av enkelte informanter i min studie. En hyppig årsak var at læreren ikke var tilgjengelig i kontaktsykepleierens arbeidstid.

Deltidsarbeid omtales som et stadig økende problem innen helsetjenesten. I relasjon til studentens rett til kontinuerlig veiledning og vurdering kan det bety at student og kontaktsykepleier får enda mindre tid sammen hvis kontaktsykepleieren arbeider deltid. Mange steder forsøker man å kompensere for deltidstillinger ved å la to sykepleiere i deltidstillinger dele på veilederansvaret. I følge Velund (2002), som gjennomførte en undersøkelse om opplæring i praksisstudier med 147 kontaktsykepleiere som

respondenter, delte 35 % av disse veilederansvaret med en kollega. Allikevel var over halvparten av kontaktsykepleierne i ¾ stilling alene om veilederoppgavene.

Også praksisfeltets arbeidsorganisering viste seg å ha stor betydning for hvordan kontaktsykepleieren kunne ivareta sitt vurderingsansvar. Det er grunn til å anta at omfanget av den formative vurderingen vil avhenge av hvor ofte kontaktsykepleier og student går sammen i konkrete lærersituasjoner. I studiens funn ble det synliggjort at informantene hadde ulik struktur på sin arbeidshverdag, hvilket ga utslag på hvor mye og hvor ofte de var sammen med studenten.

Kontaktsykepleieren i sykehus i denne studien fortalte om en hektisk arbeidshverdag preget av mange og varierte arbeidsoppgaver og stor grad av handlingstvang. De arbeider i et tverrfaglig arbeidsmiljø hvor den akutt syke pasienten og kollegaer er tilstede hele tiden. De skal dermed forholde seg til mange ulike samarbeidspartnere samtidig som de skal ivareta sine veilednings- og vurderingsoppgaver. I studien gir kontaktsykepleieren i sykehuset sterkt uttrykk for at det er pasienten som har forrang frem for studenten. Denne oppfatningen er helt i overensstemmelse med funn i en vurderingsrapport fra KUF (1999) om praksisopplæringen i sykepleierutdanningen, der sykepleierens ansvar for sykepleie og medansvar for behandling beskrives som primæroppgaven, mens utdannings- og veiledningsoppgaver var sekundære.

I motsetning til kontaktsykepleierne på sykehus beskrev kontaktsykepleierne i hjemmesykepleien og psykisk helsevern gode betingelser for å ivareta kravet om kontinuerlig veiledning og vurdering. Deres arbeidsdag består av mange hjemmebesøk hos pasienter med stor grad av kroniske sykdommer, pasienter som ofte har hatt og vil ha behov for sykepleie over lang tid. Dermed preges arbeidshverdagen i hjemmesykepleien og psykisk helsevern av større forutsigbarhet enn det kontaktsykepleierens hverdag i sykehus gjør. I en doktorgradsavhandling (Ellefsen 1996) undersøkte forskeren i hvilken grad sykepleiere fra hjemmesykepleietjenesten inkludert psykisk helsevern, helsesøstertjenesten og sykehjemstjenesten opplevde tidspress.

Hjemmesykepleietjenesten kom best ut av de tre tjenestene. I denne studiens funn fremkom det at kontaktsykepleieren i hjemmesykepleien og psykisk helsevern hadde tilstrekkelig mulighet for å observere studenten i ulike læringssituasjoner ettersom de hadde studenten med seg hver dag de var på jobb. De poengterte at tiden mellom

besøkene kunne brukes til både før- og etterveiledning og tilbakemeldinger på den sykepleien studenten hadde utført i forhold til hjemmebesøket. Ifølge Halland (2004) er veiledning og vurdering i mange sammenhenger to sider av samme sak, slik som informantene fra hjemmesykepleien og psykisk helsevern beskriver det her.

Ulike veiledningsmodeller er utprøvd flere steder innen sykepleierutdanningen, både i Norge og andre steder, for å legge til rette for en økt tidsressurs til veiledning og vurdering av studenten og sikre frigjøring av sykepleiere som har ønske om og kompetanse til å veilede (Amundsen og Foss 2000, Dehli 1993 Gjør 1992, Kristoffersen 1998, Thrysøe m. fl. 1999).

Hansen (2005) har gjennomført en vurderingsstudie med fokus på resultatet av å innføre en ny veiledningsmodell hvor praksisveilederen hadde frigjort tid for veiledning og undervisning. Funn i studien viste at når praksisveilederen hadde tid til veiledning opplevde studentene å ha motiverte og engasjerte veiledere, som skapte rammer for deres læring i den travle hverdagen. Praksisveilederen ga dem mulighet til å følge det planlagte læringsforløp og ga dem veiledning med refleksjon. Den formative vurderingen ble ivaretatt ved at praksisveileder hadde tid til å gi studenten løpende feedback og vurdering. I studien av Hall-Lord og Athlin (2005) fremkom det imidlertid at det fortsatt var tidsmangel i forhold til studentveiledning på tross av at en ny veiledningsmodell var innført. Dette synliggjør at innføring av veiledningsmodeller for å frigjøre tid ikke er et tilstrekkelig tiltak. For at den enkelte veileder skal få tid til veiledning kreves en tilstrekkelig sykepleiebemannning på praksisstedene. Dette er utfordrende og et viktig ledelsesansvar.

En av utfordringene informantene i sykehuset pekte på i denne studien var at de ønsket at *studentene måtte bli synlig*. Ved at de anvendte dette uttrykket kan det tyde på at kontaktsykepleierne i studien ikke kopler den usynlige student til mangel på tid til samarbeid med studenten. Det virket som de anså det for studentens eget ansvar å være synlig, som en kompensering av at kontaktsykepleier og student sjeldent hadde tid å være sammen.

Hvis kontaktsykepleieren får frigitt tid til veiledning og vurdering, vil de kunne oppleve å få tid til samhandling med studentene i utførelse av sykepleie til pasientene. Dermed kan

de observere studentenes praktiske ferdigheter. Ved at det ble økt tid til før-, under- og etterveiledning vil de få større mulighet for å få innsikt i studentenes kunnskap og mulighet for å vurdere denne i forhold til praksisstudiets målsetting. Effekten av å få tid og mulighet til å innhente data om studentens kunnskaps- og kompetansenivå kan bidra til at vurderingen bygger på relevante data i forhold til studentens måloppnåelse. Dette styrkes av denne studien, hvor sykepleierne i hjemmesykepleien og psykisk helsevern hadde mye tid sammen med studenten og de ga uttrykk for at de hadde kontroll med studentens handlinger og utvikling. De konkluderte med at de derfor opplevde å ha et godt grunnlag for å kunne vurdere studentenes måloppnåelse.

Å tenke på en utvidelse av praksistiden kan virke forlokkende. For tiden pågår et arbeid i Universitets- og Høgskolerådet (2006) med forslag til revisjon av sykepleierutdanningen. I forhold til vurdering i praksisstudier har Rådet foreløpig konkludert med følgende:

For at en student skal kunne vurderes må praksisperioden være av vurderbar lengde. Med det menes at studentens måloppnåelse må kunne vurderes ut fra gitte kriterier og at bestemmelsene i forskriftens § 5 om praksisvurdering kan overholdes. Ut fra denne paragrafen mener gruppen at vurderbar lengde må forstås som 6 uker. (s. 20)

Ut fra denne konklusjon synes det uaktuelt å tenke på en forlengelse av studentenes praksisperioder.

6.1.2 Mangel på vurderingsrutiner.

Halland (2004) beskriver at gode vurderingsrutiner kjennetegnes ved at vurderingen er målrettet, baserer seg på dokumentasjon, foregår regelmessig, gir grunnlag for korrigeringer underveis og gir grunnlag for dialog og refleksjon. Det var vanskelig for informantene i studien å beskrive sine vurderingsrutiner og flere ga uttrykk for at det varierte hvordan de gjennomførte vurderingen. Det kan ha en sammenheng med at det er lite fokus på kontaktsykepleiernes vurderingsrutiner i praksisstudiene. Funnene tyder på at kontaktsykepleierne ikke har fått tilstrekkelig opplæring, eller forberedelse til vurderingsarbeidet, og dermed kan ha vanskelig med å sette ord på sin vurdering. Mangel på forberedelse bekreftes i en studie av (Wilson-Barnett, Butterworth, White, Twinn, Davies og Riley 1995). I deres studie beskrev kontaktsykepleieren at de følte seg uforberedt for sitt ansvar som kontaktsykepleier. Denne følelsen av uforberedthet hadde

forsterket seg etter endringer i utdanningen med krav om kritisk tenkning og forskningsbasert sykepleie.

I høgskolens plandokumenter beskrives hvilket ansvar kontaktsykepleieren har for vurdering, samt organiseringen av vurderingssamtalene. Utover det, er det opp til den enkelte kontaktsykepleier hvordan hun/han vil organisere og gjennomføre vurderingsarbeidet. Det eneste krav som er angitt er at studenten skal ha kontinuerlig tilbakemelding.

Å støtte seg til målsettingen for praksisperioden i sin gjennomføring av vurderingene viste seg, i denne studien, ikke å være vanlig. Kontaktsykepleierne opplevde det vanskelig å konkretisere målene for praksisperioden. Det var få informanter som hadde noen fast rutine med å dokumentere sine vurderinger underveis, enkelte noterte i Plan for praktiske studier når vurderingssamtalene skulle gjennomføres. På spørsmålet om hvordan de da kunne huske hva de baserte sine vurderinger på ved vurderingssamtalene, svarte flere informanter at når læreren gikk gjennom vurderingsskjemaet, dukket situasjoner opp som de kunne henvise til. At kontaktsykepleierne i løpet av vurderingssamtalen kan trekke frem konkrete eksempler på hva studenten har lært eller arbeidet med, stemmer med min erfaring. I tillegg er erfaringen min, at det er veldig sjeldent å se at kontaktsykepleier medbringer skriftlig dokumentasjon til vurderingssamtalene. Slik jeg tolker dette, vil vurderingen og tilbakemeldingene til studenten bli tilfeldig og avhengig av hvordan læreren gjennomfører vurderingssamtalene. Dette bekreftes av Dolan (2003), Liberto, Roncher og Shellenbarger (1999) og Velund (2002). Funnene i Velunds (2002) studie viste at knapt halvparten av kontaktsykepleierne (n=141) forberedte seg til midtveisvurderingen med egne notater. Til den avsluttende vurderingen viste funnene i Velunds studie en liten økning av hvor mange som var forberedt med egne notater. Dolan (2003) fant at i tillegg til at kontaktsykepleierne opplevde det vanskelig å dokumentere sine vurderinger, var de spesielt motvillige til å skrive negative ting om studentene. Ved å benytte egne notater i vurderingssamtalene har kontaktsykepleieren større mulighet for å være konkret og presentere sitt vurderingsgrunnlag. Vurderingen kan dermed oppleves som mer valid og rettferdig.

Det er lærerens ansvar å dokumentere vurderingen i de formelle vurderingssamtalene. Vurderingsdokumentet skal ivareta studentens rettssikkerhet i forbindelse med vurderingen. I den pedagogisk sammenhengen handler dokumentasjonen om å synliggjøre vurderingskriteriene og vurderingsgrunnlaget for studenten. Denne mangel på dokumentasjon i forbindelse med vurdering av studentene er meget alvorlig, ettersom det er denne dokumentasjon som utgjør grunnlaget for lærerens vurdering ved den avsluttende vurdering.

Studien viste at vurderingsrutinene er ulike alt etter hvordan studentene oppfattes av kontaktsykepleieren. Ved praksisperiodens start forsøkte informantene å danne seg et inntrykk av studentens ståsted. Et mønster som viste seg, var at informantene fra sykehuset hadde liten tid til å følge opp studentene og de forsøkte tidlig å vurdere hvor mye de ulike studenter ville kreve av veiledning og oppfølging. Å vurdere studentene ved praksisstart kan få konsekvenser for den veiledning og oppfølging studentene vil få fra kontaktsykepleieren. Det kan være fare for at studenten som vurderes som dyktig vil bli gående alene og ikke få optimale lærings- og utviklingsmuligheter og faktisk ikke vil ha tilegnet seg den forventede kompetansen ved praksisstudiets slutt. Studiens funn viste at den studenten som var vurdert som svak fikk optimale læringsbetingelser med tett oppfølging og veiledning og ble utfordret til refleksjon gjennom kontaktsykepleierens spørsmål. Dette funn kan støttes av Gustafsson og Fagerberg (2004), som i en studie med fokus på refleksjon, beskriver at det så ut til at sykepleierne vektla refleksjon i forbindelse med det de oppfattet som dårlig sykepleie, mens det de vurderte som god sykepleie ikke ble gjort til gjenstand for refleksjon.

6.1.3 Metoder for innsamling av vurderingsgrunnlag

Kontaktsykepleierne i studien benytter ulike metoder som observasjon, dialog, studentens egenvurdering og tilbakemelding fra kollegaer for å innhente data til vurderingsgrunnlag. Observasjon ble av informantene beskrevet som den viktigste metoden. At observasjon av studenten for å samle data som vurderingsgrunnlag er nødvendig bekreftes i flere studier (Fitzpatrick, While og Roberts 1997, Liberto et al 1999, While, Fitzpatrick og Roberts 1998). Fitzpatrick et al. (1997) fremhever at utfordringen ligger i å kunne systematisere observasjonene i samsvar med vurderingskriteriene og at det kreves tid sammen med

studentene for å kunne observere dem. Tidsmangelen er tidligere beskrevet som uttalt for kontaktsykepleierne i sykehuset og kan medføre at de ikke alltid er i stand til å observere studentene. Observasjon er en viktig metode for å kunne vurdere studentens sykepleiehandlinger, men den er ikke tilstrekkelig. Rettferdig vurdering krever at kontaktsykepleieren husker situasjoner og kan trekke de rette konklusjoner ut fra dem i relasjon til målsettingen. Mange ulike vurderingsverktøy har vært beskrevet og utprøvd med ulik nytteverdi for vurderingen (Cowman 1996, Liberto et al 1999, Redfern, Norman, Calman, Watson og Murrells 2002, Öhlen og Erixon 2005).

Gjennom dialogen opplevde kontaktsykepleieren å få innsikt i hvilken kunnskap studenten hadde tilegnet seg og hvordan de kunne anvende den. Det var spesielt informantene fra hjemmesykepleien og psykisk helsevern som brukte ordet dialog, mens informantene fra sykehuset brukte uttrykket *å stille spørsmål*. Denne ulikhet i språkbruken kan ha sammenheng med deres ulike behov for å oppleve kontroll, og tiden de har til rådighet for dialog. En studie (Neary 2000) bekrefter at mange sykepleiere med ansvar for vurdering i praksisstudier så på kontroll som et ansvar de hadde i kraft av sin posisjon.

I følge Dysthe (2001) er det i dialogen vi oppfatter oss selv. Det innebærer at vi, ved å delta i dialog, får speilet oss selv gjennom å sette ord på tanker og ideer for så i neste omgang få speilet vår forståelse tilbake gjennom den videre dialogen. Verbal samhandling med andre er, i dette perspektivet, det som muliggjør en persons utvikling og læring. Ut fra dette ser jeg på dialogen som nødvendig i et læringsperspektiv. Gjennom at studenten stiller seg åpen for respons og tilbakemelding samtidig som kontaktsykepleieren kan danne seg et bilde av studentens forståelse og kunnskapsnivå. På den måten knyttes veiledning og vurdering tett sammen. Å skape den gode dialogen er nettopp det Halland (2004) trekker frem som et kjennetegn ved gode vurderingsrutiner.

Kontaktsykepleieren i studien opplevde studentenes egenvurdering som nyttig for sin egen vurdering, spesielt i forbindelse med å kunne vurdere om studenten hadde et realistisk bilde av sine kunnskaper og sin kompetanse. Dette stemmer godt med en studie av Chambers (1998), som viser til at studentenes egenvurdering spiller en stadig større rolle i sykepleierutdanningen. Hun argumenterer for at slike vurderingsinstrumenter er effektive for å få studenten til å se sine egne ressurser og svakheter og kan utfordre de

som har vurderingsansvaret. Det stemte med informantenes opplevelse i denne studien av å bli utfordret av studentens vurdering når den ikke var i overensstemmelse med deres egen vurdering av studenten.

Egenvurdering er en krevende ferdighet og betinger at studenten har utviklet metaperspektiv på egne læringsprosesser og eget produkt. Det er en krevende intellektuell aktivitet, det er en kompetanse som utvikler seg langsomt, krever tålmodighet og kontinuerlig arbeid i følge Haugstveit, Sjølie & Øygarden (2006). Å utvikle metakognitiv bevissthet vektlegges som eget mål innen kognitiv og sosiokulturell læringsteori. Veiledningen kan, i følge Liegler (1997), være med å bevisstgjøre utviklingen av metakunnskaper, og kontaktsykepleieren bør ha kunnskap om sin egen rolle i forhold til å utvikle studentens evne til metaperspektiv. Phye (1997) deler strukturen i et læringsforløp i fire deler som han mener er nødvendige for at studenten kan utvikle metarefleksjon. Det er spesielt i fasen med kontroll og revisjon at det er viktig at læreren er tilstede som aktiv medspiller, spørsmålsstiller og veileder. I praksisstudiene vil det være kontaktsykepleieren som kan være den aktive medspiller. Til sist vurderes kvaliteten på sluttproduktet, i denne sammenhengen graden av måloppnåelse. Skal egenvurderingen være et relevant og nyttig verktøy for kontaktsykepleieren, betinger det at studentene har fått mulighet til å utvikle sin evne til å ha metaperspektiv på egen læring og er informert om egenvurderings anvendelse.

Kvaliteten på egenvurdering avhenger også av studentens selvtillit. De har kanskje lært å fremstille seg selv i best mulig lys fordi det er viktig å få bestått. Lauvås og Jacobsen (2002) betoner at kvaliteten av studentens egenvurdering vil avhenge av hvilken kontrakt som er inngått med studenten. I den formative vurderingen er det først og fremst det uferdige, ufullstendige og dårlige som skal presenteres. Den som blir vurdert må imidlertid føle seg trygg på at det som kommer frem behandles fortrolig, og at det ikke på noen måte får betydning for den summative vurderingen. Flere informanter i studien fremhever at studentene i vurderingsmøtene fremstiller seg som mer kompetente enn de er. Lauvås og Jacobsen (2002) legger vekt på at i den summative vurderingen har den som blir vurdert rett til å vise frem alt det gode, vellykkede og korrekte, og skjule det som ikke er så godt. Det er forskjell på rollene i den formative og summative vurderingen for den som har ansvar for gjennomføringen. I den formative vurderingen er kontaktsykepleieren

en involvert og aktiv medspiller i prosessen, mens hun/han i den summative vurderingen skal være en nøytral dommer.

6.1.4 Å tolke og forstå målene for praksisstudiet

En målrettet vurdering stiller krav til kontaktsykepleieren om å kunne bryte ned og analysere læringsmålene slik at det er mulig å si noe om graden av studentens måloppnåelse. Granum (1989) fant at det var vanskelig for kontaktsykepleierne å veilede studentene ut fra skolens målsetting, fordi begreper som anvendes i skolens målsetting ikke brukes i praksisfeltet. Er det vanskelig å veilede ut fra skolens målsetting, kan man kanskje tillate seg å hevde at da er det også vanskelig å vurdere ut fra målsettingen. Dette bekreftes av Owens og Tollefson (her i Usher m fl 1999), som i en studie fant at veiledere vurderte studentene ut fra rent skjønn. Forskerne begrunnet det med at informantene i studien ikke kjente til vurderingsstandarden og til hvilket nivå det var forventet at studentene skulle være på. Også i denne studien savnet kontaktsykepleierne grundig kunnskap om de formelle målene for utdanningen og beskrev at de tok utgangspunkt i deres eget bilde av hvordan den gode sykepleieren er. Det som kontaktsykepleieren mener kjennetegner den gode sykepleieren vil derfor være det som studenten lærer. Björkström (2005) beskrev i en studie hva som karakteriserte den gode sykepleieren. Karakteristika var: å gjøre godt for andre, at være kompetent og ansvarlig, at være modig og stolt i yrkesrollen, samt å streve etter profesjonell utvikling. Det siste ikke ble nevnt så ofte.

En av hensiktene med målsettingen er at den skal være et arbeidsredskap for kontaktsykepleieren i arbeidet med veiledning og vurdering. Praksisstudienes målsetting er nedfelt i Plan for praksis, men inneholder ikke noen tydelig nivåbeskrivelse for studentens måloppnåelse som kan anvendes i vurderingsarbeidet. Philhammer Andersson (1997) og Chekol (2003) viser i sine studier at kontaktsykepleieren og studenten ikke arbeidet ut fra målsettingen men at praksisstedets arbeidsoppgaver avgjorde hvilke arbeidsoppgaver studentene fikk.

I følge Goodlad (1979) er læreplanene, og dermed målsettingene, gjenstand for fortolkning. Avstanden mellom det som lærerplanen eller målsettingen beskriver og det studentene faktisk erfarer, kan være betydelig. Hvordan kontaktsykepleieren oppfatter,

tolker og forstår læreplanen vil få stor betydning for hva studenten faktisk erfarer og hva de blir vurdert i forhold til.

Denne første vurderingen som kontaktskykepleierne i sykehus i denne studien gjorde, resulterte i at studentene ble vurdert enten som dyktige eller svake med utgangspunkt i studentenes engasjement, interesse, den respekt de viste overfor pasient, pårørende og kollegaer, deres aktivitet og evne til kommunikasjon. Noen av disse begrep henspiller på sosial kompetanse. I følge Halland (2004) etterspørs sosial kompetanse i økende grad i flere utdanninger. Studentens initiativ fremsto som mest vektlagt i vurderingen. Relevante grunnkunnskaper er en forutsetning for å kunne vise initiativ og handle korrekt. Ved å ta initiativ til utførelse av sykepleie kan studenten bidra til å dekke pasientens grunnleggende behov. Noen informanter beskrev at de tolket studentens initiativ som tegn på at studenten var *i utvikling* og dermed var det ikke viktig å kontrollere og spesifisere studentens kunnskap og kompetanse.

Det var vanskelig for informantene i denne studien å konkretisere hvilke kunnskaper og hvilken kompetanse de la vekt på i sin vurdering. Fellestrekk var at alle hadde sine kunnskaps- og kompetanseområder som de vektla i varierende grad. Dette funnet støttes i studien til Jerreling og Agardh (1997). Flere av informantene trakk frem bildet av den gode sykepleieren som et bakgrunnstappe for sine vurderinger. Det var ikke uvanlig at studentene ble vurdert ut fra at de skulle bli fremtidige arbeidskollegaer. I vurderingen av en fremtidig kollega ble egenskaper som ansvarlighet, arbeidsmoral, pålitelighet og det å ta initiativ vektlagt. Et annet spørsmål som ble trukket frem som bakgrunn for vurderingen, var om kontaktskykepleieren ville la studenten ha ansvar for sykepleien til *en av mine kjære*. Her vektla kontaktskykepleierne nøyaktighet, respekt for andre, evne til empati, kommunikasjonsevne, observasjonsevne og evne til å se egne begrensninger. Jerreling og Agardh (1997) fant også i deres studie at kontaktskykepleierne hadde problem med å sette ord på hva de vektla i vurderingen. Samme spørsmål som informantene stilte seg om studenten i denne studien ble også brukt i vurderingen av informantene i deres studie.

En undersøkelse utført av Nyhus (1998) viste at planlegging av praksisstudier i stor utstrekning ble gjort av den enkelte lærer uten en felles drøfting med praksisfeltet og uten samordning av periodens målsetting, innhold, læringsaktiviteter og former for vurdering.

Når kontaktsykepleieren ikke deltar i dette arbeid kan det medføre at de ikke kjenner seg igjen i målsettingen og kan oppfatte målene som tilhørende skolen. Målene oppleves ikke å være relevante og anvendelige for praksislæring. Denne studiens funn viser at kontaktsykepleierne ikke er fortrolige med målsettingen for praksisstudiene, den omtales konsekvent gjennom intervjuene som skolens målsetting. Disse funn kan sammenliknes med funn i en engelsk studie (Neary 2000), som viser at verken studenter eller kontaktsykepleieren kjente til målsettingen eller vurderingskriteriene, eller hvordan de skulle tolkes. De fant ofte sine egne strategier for å hankses med "the messy problem of assessment" ved å konstruere sine egne kriterier for vurderingen og ikke anvende skolens målsetting. Kontaktsykepleierne skrev allikevel "noe" inn i vurderingspapirene for å "keep the college happy". Chekol (2003) bekrefter i en studie at den forskningsbaserte sykepleierutdanningen fortsatt knyttes til de teoretiske studier og ennå ikke synes å ha blitt innført i utdanningens praksisstudier.

Lærere og praksisveiledere har fått delegert myndighet til å realisere fagplanen. For å sikre at målsettingen for praksisstudiene er et nyttig veilednings- og vurderingsredskap, må alle involverte parter arbeide for å få en felles forståelse av målsettingen. Universitets- og Høgskolerådet (2006) vektlegger i sitt forslag til endringer i rammeplan for sykepleierutdanningen at læringsmål for den enkelte praksisperiode må fremforhandles i et samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksissted. Skjer dette, kan man få synliggjort hva som skal vurderes, på hvilket nivå det skal vurderes og hvordan vurderingen kan gjennomføres. For at dette skal skje må både teori- og praksisfelt utvikle det som Kvangarsnes (1997) kaller læreplananalytisk kompetanse. Læreplananalytisk kompetanse handler om å kunne tolke læreplaner for å kunne avdekke det pedagogiske og faglige handlingsrom som finnes i læreplaner. Hun fremhever at viktige element i dette arbeid er kunnskap om praksisfeltets egenart, didaktikk, læreplanteori og kunnskap, og innsikt i det fagområde studenten skal lære. De som deltar i dette arbeid bør ha evne til å se utdanningen i et helhetsperspektiv.

Mekki og Tollefsen (1998) beskriver, at i arbeidet med å utarbeide en felles målsetting er det utdanningsinstitusjonen som har ansvar for at planen og målsettingen er i samsvar med rammeplanens og fagplanens mål, mens det er praksisfeltets ansvar å konkretisere innholdet i det som skal læres på praksisstedet. Det kan bety at det vil bli lettere for kontaktsykepleieren å konkretisere målene, da de vil avspeile praksisstedets

sykepleiekompetanse. Det kan bli lettere å legge tilrette for studentens læring ut fra målene og dermed blir det også naturlig å vurdere studenten opp mot målene. På den måten sikrer man at studentene vurderes mot samme kriterier og vurderingen kan bli valid og rettferdig.

6.1.5 Ikke bestått praksisstudie

Funn i denne studien hvor kontaktsykepleierne ga uttrykk for at når studenten ikke kunne bestå praksisperioden, ble vurderingen vanskelig å gjennomføre. Da opplevde de ansvaret ekstra stort og følte skyld overfor studenten. Flere studier beskriver hvor vanskelig det kan oppleves å skulle vurdere svake studenter. Haugstveit m fl (2006) fant i en studie om lærerens vurderingskompetanse at læreren prioriterte å gi den svake eleven et positivt selvbilde frem for å gi dem en ærlig vurdering. Duke (1996) fant at vikarlærere var motvillige til å ta de vanskelige valg om studenten på grunn av lav selvtillit, rollekonflikt som veileder og ansvarlig for vurderingen, samt sin etiske forpliktelse til å yte omsorg. Pedersen (2000) beskrev i en studie med fokus på vurdering i praksisstudier at kontaktsykepleieren opplever det å ha vurdert en student til ikke bestått som en trussel. Det resulterte i skyldfølelse, redsel for straff og et ønske om å unnslippe. Selv når studenten var enig i vurderingen, kunne kontaktsykepleieren se tilbake på situasjonen som en trussel. Disse funn bekreftes av (Chekol 2003). Hun fant i en studie at kontaktsykepleierne opplevde kravet om å skulle vurdere om studenten kunne bestå praksisstudiene eller ikke som et vanskelig og iblant angstfylt ansvar.

Informantene i denne studien fortalte at de uten opplæring i veiledning og forberedelse til praksisperioden måtte trå uforberedt inn i rollen som kontaktsykepleier. Man kan kanskje tillate seg å anta at det ikke vil være forskjell på hvordan vikarlæreren og kontaktsykepleieren vil oppleve ansvaret for å skulle stryke en student i praksisstudiene. I forhold til å vurdere en student til ikke bestått i praksisstudiene, var det stor forskjell i informantenes erfaring i denne studien. Informantene fra sykehuset hadde variert erfaring med å sette ikke bestått praksis, mens ingen informanter innen hjemmesykepleien og psykisk helsevern hadde opplevd det. Informantene i de to fokusgruppene var like med hensyn til hvor lang erfaring de hadde som kontaktsykepleiere, og dermed kan forskjellen ikke forklares med ulik erfaringslengde som kontaktsykepleiere. Derimot kan man tenke

seg en mulig forklaring kan ligge i det at kontaktsykepleierne i sykehus har lettere tilgang til å få andre til å bidra i vurderingen enn sykepleierne i hjemmesykepleien og psykisk helsevern har. Dermed endres ansvaret for beslutningen seg fra å være kontaktsykepleierens alene til å være et kollektivt ansvar. Pedersen (2000) konkluderer ut fra funn i en studie om vurdering i praksisstudier med at ansvaret for en forsvarlig skikkethetsvurdering bør bli et kollektivt ansvar, da det ellers kan være avhengig av kontaktsykepleierens argumentasjonsevne. Det kan se ut som veileder kan avholde seg fra å sette ikke bestått praksisperiode med den begrunnelse at det kan være det verste som kan skje for studenten.

Pedersen (2000) hadde erfaring med at strykfrekvensen var veldig ulik mellom de ulike praksisstedene. Hennes erfaring var at det så ut som studentene ble vurdert til ikke bestått hyppigere i somatiske avdelinger i sykehus enn i praksisstudier ved sykehjem, hjemmesykepleie og psykisk helsevern. I forhold til funnene i denne studien kan det synes som om disse antakelser kan medføre riktighet. Imidlertid kan antakelse om stryk i praksisstudier i sykehjem ikke bekreftes, da studien ikke inkluderer informanter fra dette praksisfeltet.

Når kontaktsykepleierne i denne studien vurderte studenten til å være i fare for ikke å bestå praksisstudiet, ga de uttrykk for at *da gjelder det å være profesjonell i den vurderingen*. Å være profesjonell, forklarte kontaktsykepleierne, innebar at de måtte være sikre på at vurderingen ble rettferdig. Det var veldig viktig for dem å dokumentere grunnen til at studenten ikke kunne bestå. De ville unngå at studenten fikk inntrykk av at de strøk på grunn av det kontaktsykepleieren kalte ”dårlig kjemi” mellom student og kontaktsykepleier. Tross det var det mest fremtredende mønsteret at de kontaktsykepleiere i studien som hadde erfaring med at stryke studenter, først startet med å granske seg selv og sin egen veiledningskompetanse som årsak til studentens manglende utvikling og måloppnåelse. Dokumentasjon av studentens manglende måloppnåelse kom først i fokus etter de hadde fått bekreftet sin vurdering av studenten av kollegaer.

Chekol (2003) fant i en studie med fokus på veiledning i praksisstudier at alle informanter i studien beskrev den mellommenneskelige relasjonen i veiledningsforholdet som betydningsfull. Chekol tolket disse funn til at relasjonen i veiledning handlet om en spesiell sosial relasjon karakterisert av behov og avhengighet, men også om veilederens

ansvar som arbeidsleder. I veiledningsmodeller, hvor ansvaret for studentens læring er knyttet til en bestemt kontaktsykepleier, som det var i denne studien, kan studentens prestasjoner oppleves som en forlengelse av kontaktsykepleierens kompetanse. Når studenten ikke kan bestå praksisstudiene kan det medføre at kontaktsykepleier opplever usikkerhet i forhold til egen kompetanse. Det er vært å bemerke at mesteparten av kontaktsykepleierne i denne studien ikke hadde formell kompetanse i veiledning.

Studiens funn tyder på at samarbeidet med høgskolens lærere om studenter som ikke kunne bestå praksisstudiene ikke fungerte spesielt bra. Kontaktsykepleieren opplevde å være ensomme i forhold til den vanskelige vurdering om ikke bestått praksis. En studie utført av Velund (2002) viste at bare 41 % av lærerne ga kontaktsykepleierne tilbakemeldinger på deres veilederfunksjon. Høgskolens lærere har ansvar for å samarbeide med kontaktsykepleieren, et samarbeid som blant annet kan bestå i å gi støtte og tilbakemeldinger på kontaktsykepleierens veiledning og vurdering, og et tett samarbeid omkring studenter som er i fare for ikke å bestå praksisstudiene. I min studie kom det ikke frem om kontaktsykepleieren opplevde tilbakemelding fra læreren. Den opplevde ensomheten taler imidlertid for at tilbakemelding var savnet eller var fraværende. Denne antakelsen finner støtte i en studie av Velund (2002), som viste at hele 63 % av kontaktsykepleierne i hennes studie (n=135) bare i en viss eller liten grad opplevde å få den støtten fra læreren som de hadde behov for i sin funksjon som kontaktsykepleier.

Manglende samsvar mellom kontaktsykepleierens og lærerens vurdering forekom etter informantenes utsagn ganske ofte. Denne uenigheten med lærer opplevde enkelte kontaktsykepleiere som mistillit til deres egen vurdering og kompetanse. I denne studien fremhevet de, at de ville ha myndighet til å kunne bruke deres skjønn i forbindelse med vurderingen av studenten. Det var spesielt kontaktsykepleiere med lang erfaring som fremhevet dette. Benner (1984) har beskrevet den erfarne sykepleierens evne til handle ut fra intuisjon. Imidlertid fremhever hun også nybegynnerens behov for regler og prosedyrer hvilket tilsier at det bør være relevante vurderingsrutiner og klare vurderingskriterier. Hvis ikke dette finnes vil ekspertens vurdering fortsatt være preget av skjønn og subjektivitet.

I intervjuene i denne studien fremhevet alle informantene at læreren ofte hadde gjort seg opp en mening om studenten i forkant av praksisperioden. Læreren presenterte denne

forforståelsen av studenten ved praksisperiodens start. Informantene opplevde flere ganger at deres vurdering ikke stemte med lærerens, hvilket ble opplevd som konfliktfylt. De undret seg over hvilke kriterier læreren bygget sine vurderinger på. Disse funn synliggjør to ulike vurderinger av den samme studenten. De to partene med ansvar for vurderingen har ulik vurderingsgrunnlag. Læreren har kjennskap til studentens teoretiske kunnskapsnivå og evne til kritisk tenkning, mens kontaktsykepleieren har sitt vurderingsgrunnlag fra sykepleiepraksis. Sammen har de et vidt perspektiv på studentens kunnskap og kompetanse, hvilket kan gi dem en unik mulighet for å kunne vurdere helheten i studentens måloppnåelse. Skal denne muligheten utnyttes vil det imidlertid kreve at de har en felles målsetting å vurdere studenten i forhold til.

Å ta beslutninger kan betraktes som ansvar på ontologiske nivå. I forbindelse med ansvar kan det være aktuelt å se på de engelske begrepene accountability og responsebility. Accountability viser at en person holdes ansvarlig overfor noen (Foss 2003). I forhold til å ta avgjørelsen om at studenten ikke består sine praksisstudier opplever kontaktsykepleierne i denne studie å bli holdt ansvarlig for beslutningen både av studenten og læreren. Responsibility har en dypere mening da det innebærer at ta ansvar for noen (Severinsson og Lindstrøm 1993). I forbindelse med funn i denne studien kan det tyde på at når kontaktsykepleieren tar beslutningen om at studenten ikke skal bestå praksisperioden er det ut fra ansvaret for pasienten.

Foss (2003) tolker det slik at accountability er ytre styrt mens responsibility er indre styrt og krever spesielle personlige forutsetninger og kvaliteter hos den som tar ansvar. Pedersen (2000) beskriver at kontaktsykepleierne i hennes studie opplever et dilemma mellom vern av pasienten og det å være snill mot studenten når de vurderer ikke bestått praksis. Ut fra denne studiens funn kan det tyde på at det nettopp er ansvaret forstått i betydningen av responsibility som gir kontaktsykepleieren motet til å ta beslutningen om ikke å la studenten bestå praksisperioden. Et utsagn fra en informant kan styrke en slik tolkning av at det er kontaktsykepleiere med spesielle kvaliteter som tar det ansvaret: *Det er ikke hvem som helst som tørr å ta det ansvaret og det bryet det er med å stryke en student slik som ... har gjort.*

6.2 Vurdering – individuelt eller kollektivt ansvar?

Sykepleierne i utdanningens praksisfelt er en uvurderlig ressurs for studentenes praksislæring (Kjersheim 2003). En studie (Bjones og Storm Hansen 1999) med fokus på kontaktsykepleierrollen viser til at kontaktsykepleierne så seg selv som viktige rollemodeller for studentene og at de har hovedansvaret for å føre studentene inn i sykepleiekulturens mangfold. Dette bekreftes i andre studier (Kristoffersen 1998, Philhammer Andersson 1997).

I denne studien anvendes en veiledningsmodell som i stor grad bygget på et individuelt veiledningsforhold, hvor én sykepleier hadde ansvar for oppfølging av én student. Dette innebærer at ved kontaktsykepleiers sykdom, bytte av vakter og ferieavvikling var det fare for at studenten blir overlatt til seg selv. Enkelte, men svært få kontaktsykepleiere, hadde formell kompetanse innen veiledning. I tillegg til kontaktsykepleierens veiledning veiledet høskolens lærere studentene en gang ukentlig, enten i gruppe eller individuelt. Flere av dagens høskolelærere manglet oppdatert praksiserfaring.

Informantene i sykehusets praksisfelt ga uttrykk for at de opplevde seg alene med ansvaret for vurdering av studentene. Det fremkalte en undring hos meg, i og med at studentene rent faktisk var sammen med andre sykepleiere og annet personale i avdelingen når kontaktsykepleieren ikke var tilstede eller hadde andre arbeidsoppgaver. Det kunne tyde på at det personale som studentene gikk sammen med tok ansvar for å veilede studenten, men ikke opplevde ansvar for å vurdere studenten. Det virket som det ikke var noen automatikk i å gi tilbakemelding til kontaktsykepleieren om de vurderinger de hadde gjort av studenten. Flere informanter i denne studien fortalte at hvis de trengte hjelp i vurderingen, måtte de be om å få tilbakemelding fra sine kollegaer. Dette funn bekreftes i en studie (Velund 2002) om opplæring i praksisstudier. Hun fant at to tredeler av respondentene (n=220) ga uttrykk for at de i liten grad opplevde avlastning fra sine kollegaer når de hadde ansvar som kontaktsykepleiere.

I hjemmesykepleien og psykisk helsevern var kontaktsykepleieren alene sammen med studenten og var dermed alene om ansvaret. Kontaktsykepleierne ga imidlertid ikke uttrykk for at de opplevde det som ensomt. Tvert imot kan det virke som de opplevde studenten som en inspirasjonskilde. Når de sammen kunne reflektere over sine

sykepleiehandlinger, bidro det til kompetanseutvikling også hos kontaktsykepleieren. Dette bekreftes av Johnsen (2000), som i en studie av kontaktsykepleieren, fant at studenten bidro til kompetanseutvikling for den enkelte kontaktsykepleier og derigjennom også bidro til kvalitetsheving i praksis.

Under intervjuene ga kontaktsykepleierne uttrykk for at den synlige studenten ga trygghet i vurderingsarbeidet, og at synlige studenter kunne bidra til å sikre en rettferdig vurdering. Et aktuelt spørsmål i denne sammenhengen er hvordan praksisstudiene kan organiseres for å sikre et tett samarbeid mellom studenten og kontaktsykepleiere. Et samarbeid som sikrer at studenten virkelig er synlig for de som har ansvar for vurderingen. En kan anta at det kan ivaretas med en annen organisering av utdanningens praksisstudier enn en modell hvor den enkelte kontaktsykepleier har ansvaret for veiledning og vurdering av studentene, uten å ha frigjort tid til dette arbeid.

Å samle studentene i studieenheter i stedet for å spre de likt i flere avdelinger eller praksissteder har vært utprøvd i andre land, organisert på ulike måter alt etter hvilke utdanninger det handler om og hvilke rammer som regulerer utdanningen (Fallsberg 1998, Gonda, Wotton, Edgecombe & Mason 1999, Ørskov 2005). Evalueringer viser at studieenheter har positiv innflytelse på studiekvaliteten ved at læringen blir mer kvalifisert og studentene blir ressurser for hverandres læring. Andersen (2002) påpeker i en feltstudie av sykepleiestudenters praksis i studiegrupper, en tendens til at læring i en studieenhet kan skape større avstand til handlings- og tidstvangen. Det skyldes at en slik tilrettelegging av praksisstudier gir økt tid og mulighet til før-, under- og etterveiledning, samt økte muligheter for refleksjonssamtaler. Refleksjon som dialog synes å få større plass fordi tiden er tilstede til å drøfte sykepleien.

Innvendinger mot en slik form for praksisstudier og argumenter for den mer tradisjonelle veiledningsform kan være at studentene skjermes for mye fra de daglige arbeidsoppgaver i praksisfeltet. Thrysøe og Kjerholt (2004) mener at man må tilrettelegge praksisstudiene i sykepleierutdanningen så de likner på den hverdagen den nyutdannende sykepleieren skal fungere i. De foreslår at studentene regelmessig og i stigende grad skal delta i arbeidsfellesskapets normale arbeidsrytme og daglige arbeidsoppgaver. Hvis det er interessant å øke studentenes deltakelse i praksisstedets daglige arbeidsrytme og arbeidsoppgaver i siste del av utdanningstiden, kan det være aktuelt at praksisstudiene i

studiets siste år planlegges gjennomført i hjemmesykepleien og psykisk helsevern. Man vil på den måten oppnå en styrking av den formative vurderingen fordi kontaktsykepleieren i dette praksisfelt er tilstede for å gi veiledning og feedback. Det kan sikre en vurdering av studentenes samlede profesjonelle kompetanse.

Det vil være mulig å innføre veiledningsmodeller som tar hensyn til studentens læringsbetingelser uten å løsrive de fra praksisstedets daglige oppgaver. Å være løsrevet fra den daglige arbeidsrytmen, mener jeg kan være relevant og nødvendig tidlig i utdanningsforløpet for å fjerne handlingstvangen og gi tid for læring. Senere i utdanningsforløpet kan man tenke seg at deltakelsen i den daglige arbeidsrytmen kan være en god forberedelse til sykepleieryrket.

En slik veiledningsmodell er beskrevet av Hov m. fl.(2005). Modellen har studenten i fokus og en hovedveileder, en lærer og daglige veiledere er aktuelle samarbeidspartnere med ansvar for tilrettelegging av studentens læring. Hovedveileder er sykepleier og ansatt i avdelingen, er fristilt fra sitt daglige ansvar som sykepleier i hele eller deler av stillingen, alt etter hvor mange studenter der er på praksisstedet. Daglig veileder er de sykepleiere som til enhver tid er på jobb i avdelingen sammen med studenten. De er nøkkelpersoner i den kontinuerlige kontakten mellom avdelingen og hovedveileder, og er ansvarlige for å rapportere sine vurderinger av studentens kunnskaps- og kompetanseutvikling til hovedveileder. Hovedveileder og lærer arbeider tett sammen om planlegging, veiledning og vurdering av studentene og gjennomfører den ukentlige veiledning av studentene sammen. Læreren har ansvar for veiledning av hovedveileder og daglig veileder ved behov. Modellen kan sikre en tett oppfølging av studentene gjennom daglige veiledere, hovedveileder og lærer. Dette dekker behov som er i samsvar med Kvalitetsreformens intensjoner. Sammen med den tettere oppfølgingen vil ukentlig gruppeveiledning med hovedveileder og sykepleielærer bidra til at studenten får en veiledning, hvor teori og praksis knyttes tett sammen i og med at både lærer og hovedveileder er tilstede. Det vil også gi mulighet for regelmessig kvalifisert tilbakemelding.

Oppfyllelsen av intensjonen med en slik veiledningsmodell bekreftes i en vurderingsrapport (Athlin, Larsson, Norberg og Persson 1996) av en prosessorientert veiledningsmodell med vekt på trekantsamtaler mellom student, veileder og lærer i en

svensk sykepleierutdanning. Resultatene viste at både kontaktsykepleiere og lærere opplevde at det hadde blitt lettere å vurdere studentene. Mål, innhold og studiekrav hadde blitt tydeliggjort, planleggingen forenklet og samarbeidet med utdanningsinstitusjonen hadde blitt forbedret. Et slikt resultat viser at modeller med kollektivt ansvar for veiledning og vurdering, som også modellen til Hov (2005) er, kan bidra til en forbedret vurderingspraksis samtidig som de kan forbedre de forholdene som informantene i denne studien trekker frem som problematiske.

6.3 Læringsbarrierer

Funn i denne studien tyder på at det finnes læringsbarrierer i studentenes praksisstudier. Skal man sikre studenten en rettferdig vurdering kreves det at læringen er tilrettelagt ut fra praksisperiodens målsetting. Studenten har rett på veiledning som stimulerer til refleksjon og kritisk tenkning, samt formativ vurdering som inkluderer kontinuerlig feedback. Funnene i denne studien viste at målsettingen ikke var styrende for studentens handlinger. Studien viste også mangel på refleksjon og feedback i veiledningen og vurderingen.

I praksisstudiene presenteres studentene for en verden hvor det er fokus på læring gjennom deltakelse i et faglig og sosialt fellesskap. Wichmann-Hansen (2004) beskriver at det dreier seg om en endring fra tekstbasert læring til kontekstbasert læring, det vil si en endring mot den situerte læringen. I følge Sellapah, Hussey, Blackmore & Murray (1998) er det ikke noen automatikk i at studentene kan overføre klasserommets teori til klinisk praksis. For at studentens erfaringer skal bidra til læring, må disse erfaringer bli gjort til gjenstand for kvalifisert faglig refleksjon, hvilket betyr at veilederens refleksjoner sammen med studentene blir sentrale for læring i praksis. I studien av Sivberg og Petersson (1997) viste funnene at studentenes yrkessosialisering og sosiale kompetanse var økt kort tid etter de var ferdigutdannet, men at studentene ikke hadde oppnådd tilstrekkelig profesjonell kompetanse gjennom økt innslag av kritisk tenkning og selvstendighet. En strategi for å utvikle kritisk tenkning involverer det å stille spørsmål. Kontaktsykepleierne opplevde det vanskelig å stille spørsmål som utfordret studenten til refleksjon.

Dette kan sammenliknes med en studie av Skovsgaard (2004) hvor den refleksjon, som informantene beskrev som metode i studentenes læringsprosess, ikke kunne ses ved direkte observasjon i veiledningssamtalene. Kontaktsykepleierne i denne studien opplevde at studentene følte det ubehagelig når de ble utfordret til refleksjon. Kontaktsykepleierne beskrev, på tross av at de vurderte det å stille spørsmål som viktig, at de da heller trakk seg tilbake og ga råd, fremfor fortsatt å stimulere studenten til refleksjon. Denne opplevelsen var mest uttalt hos informantene fra sykehuset. Det kan ha en sammenheng med at de stilte spørsmålene som en form for kontroll på grunn av manglende tid til refleksjon. Mangel på spørsmål som stimulerer til refleksjon i praksisstudier bekreftes av Sellapah et al. (1998). Forskerne fant at kunnskapsspørsmål på lavt taksonomisk nivå var den type spørsmål, som ble mest brukt.

Informantene fra hjemmesykepleien og psykisk helsevern opplevde at de hadde tid til refleksjon og benyttet denne tiden til refleksjon. Ut fra funnene i Skovsgaards (2004) studie, kan det være en fare for at dialogen de har med studenten mellom de ulike pasientbesøkene, faktisk ikke er preget av refleksjon. Samtidig viste funn i en studie av Chekol (2003) at studentens sosialisering i praksisstudiene kan innebære at potensialet for kompetanseutvikling i veiledning og refleksjon ikke utnyttes maksimalt.

Neary (2000) gjennomførte en studie med studenter og praksisveiledere som informanter hvor hun nettopp undersøkte hvordan kontaktsykepleieren opplevde å stille spørsmål. Studiens funn viste at noen sykepleiere og kontaktsykepleiere var engstelige i forhold til utdanningsinstitusjonens krav om det de kalte akademisk kunnskap. De unngikk dialogen med studenten for ikke selv å få spørsmål de ikke kunne besvare. Informantene i studien ga uttrykk for at de hadde problem med å formulere spørsmål på et akademisk nivå. De unngikk i tillegg å dokumentere sine vurderinger av studenten etter å ha arbeidet sammen med dem hele dagen. De hadde problemer med sette de riktige ord på sine vurderinger og det var vanskelig å anvende vurderingsskjemaet. Det kan synes som om at skillet mellom teori og praksis i form av ulik språkbruk kan skape problemer for både læring, veiledning, og vurdering. Dette bekreftes av flere forfattere (Chekol 2003, Philhammer Andersen 1997).

Flere studier med fokus på sykepleierutdanningen peker på mangel på vitenskapelig perspektiv i utdanningen (Löfmark 2000, Sivberg & Petersson 1997). I en

doktoravhandling fant Björkström (2005) at sykepleiernes vilje til å beherske og tilegne seg kunnskap ble mindre ettersom tiden gikk etter endt utdanning. Hun fant at 40 % av sykepleierne som deltok i hennes studie (n=289) aldri eller nesten aldri anvendte sykepleieforskning i sitt daglige arbeid. Flere av informantene i min studie har lang erfaring og er dyktige i sin sykepleierutøvelse. De er imidlertid utdannet før sykepleierutdanningen ble høgskoleutdanning og kvalitetsreformen ble gjennomført. Dermed kan de oppleve å ikke føle seg komfortable med de akademiske krav til kunnskap som stilles i dagens utdanning. Skal spørsmål stimulere til kritisk tenkning bør de være på et høyere taksonomisk nivå enn rene kunnskapsspørsmål. Selappah et al. (1998) belyser utfordringen ved at praksisveilederen kanskje ikke har lært å stille spørsmål på høyt nivå. Ut fra det faktum at bare to av tretten informanter i denne studien hadde veilederutdanning, og ingen hadde annen pedagogisk bakgrunn, kan man anta at studienes informanter ikke har lært om betydningen av å stille spørsmål på ulike nivå, og ikke har kunnskap om hvordan slike spørsmål kan formuleres.

Regelmessig feedback er et viktig element i studentenes læringsprosess og måloppnåelse, samt i den formative vurderingen (Lauvås og Jacobsen 2002). Studienes funn viser at kontaktsykepleierne ikke alltid var bevisst på å gi studenten feedback, spesielt ikke hvis alt var bra. Flere kontaktsykepleiere fremhevet at de ikke visste hvordan studenten ville reagere på tilbakemeldingene, og derfor unnlot å gi dem. Manglende feedback fra kontaktsykepleier bekreftes i flere studier (Burnard 1995, Jerreling og Agardh 1997, Velund 2002). Bare en tredel av respondentene i Velunds (2000) studie angir at de alltid gir feedback. I følge Molander (1993) er det viktig for studenten å ha en trener som kan vise, korrigere og bekrefte studentens utførte sykepleie. I praksisstudiene vil treneren være kontaktsykepleieren. Torrance og Pryor (1998) peker på at formativ vurdering har fremhevet betydningen av lærerens daglige tilstedeværelse og betydningen av lærerens kvalitative gode tilbakemeldinger på studentens læring. Samme betydning mener jeg at kontaktsykepleierens tilstedeværelse og tilbakemeldinger vil ha for læring i praksisstudier.

Veiledningskompetanse hos kontaktsykepleieren og innføring av veiledningsmodeller som baserer seg på et tett samarbeid mellom praksisfeltets sykepleiere og høgskolens lærere, kan bidra til å sikre refleksjon, kritisk granskning, og stimulering av studentenes læring og utvikling av profesjonell sykepleiekompetanse. I den prosessorienterte

veiledningen er formativ vurdering en viktig del. Formativ vurdering vil gi studenten hjelp til å se sine ressurser, planlegge sitt arbeid i relasjon til målene og hele tiden være oppdatert på sin egen måloppnåelse. Ved et tett samarbeid mellom student, kontaktsykepleier og lærer vil den summative vurderingen være godt begrunnet i praksisperiodens målsetting og studentens dokumenterte måloppnåelse.

6.4 Kompetanse i kontaktsykepleierrollen

Rammeplanen (UFD 2004) beskriver at veiledningens funksjon er å hjelpe studenten til å utvikle optimal yrkeskompetanse. I den veiledende funksjon inngår den formative vurderingen som en naturlig del og dermed kan veiledning og vurdering ses på som to sider av samme sak. Kontaktsykepleieren er ansvarlig både for veiledning og vurdering i studentenes praksisstudier og vil derfor trenge kompetanse innen begge områder. I tillegg er de forpliktet til å kunne utøve faglig forsvarlig sykepleie til pasientene og være oppdatert innen sitt fagfelt. Dette er store krav til en yrkesutøver innen et vidt spekter av kompetanse. Kravet i Rammeplanen fra år 2000 om at kontaktsykepleieren skulle ha veiledningskompetanse og erfaring ble fjernet i den nå gjeldende Rammeplan (UFD 2004). Det åpner for at nyutdannende sykepleiere og sykepleiere uten veiledningskompetanse kan være kontaktsykepleiere. Handal og Lauvås (1990) beskriver at den allmenne oppfattelsen er at hvis man behersker faget som det veiledes i, kan man uten videre være veileder for studenter i faget. Det er en oppfattelse som frem til nå også har vært gjeldende innen sykepleiefaget. Forfatterne skiller mellom ufaglært og kvalifisert veiledning og bruker betegnelsen kvalifisert veiledning om veiledning som gis av en person med kompetanse til å veilede i en profesjonell kontekst. De skriver at det er stor avstand mellom den veiledning som ufaglærte utfører i sammenlikning med den veiledning en kvalifisert veileder gir. Det kan være snakk om to ulike virksomheter ifølge Lauvås og Handal.

At man ikke nødvendigvis har veiledningskompetanse etter endt utdanning bekreftes i undersøkelsen På dypt vann, utført av Sintef (Havn & Vedi 1997). Rapporten konkluderte med at nyutdannede sykepleiere opplevde å ha mangelfull kompetanse innen flere områder. Veiledning av sykepleierstudenter var et av de områdene sykepleieren ikke

opplevde å være kvalifisert til. Også i en studie av Chekol (2003) bekreftes behovet for kompetanse hos veileder.

Veilednings- og vurderingskompetanse inkluderer kunnskap om hvordan læring og kompetanseutvikling skjer i praksis, kommunikasjons ferdigheter, verdi- og rolleavklaring, kunnskap om og evne til konfliktløsning, vurdering av læringsbehov og måloppnåelse, kjennskap til utdanningens rammer og målsettingen for praksisstudier generelt og spesielt, samt kunnskap om hvordan man stimulerer til refleksjon og stiller spørsmål på ulikt nivå. Dessuten må kontaktsykepleieren ha kjennskap til ulike veiledningsmodeller og viktige veilednings- og vurderingsprinsipper (Usher et al. 1999). Haugstveit m fl (2006) gjennomførte en studie med fokus på lærerens vurderingskompetanse i grunnskolen. Lærerne som deltok i studien fremhevet at en sentral del av deres vurderingskompetanse var å kunne legge til rette for å utvikle elevenes evne til egen vurdering og å kunne veilede og støtte elevene mot å utvikle metakognitiv kunnskap og tilegne seg gode læringsstrategier. Det vil kreve at kontaktsykepleieren vektlegger å utvikle den metakognitive kompetansen hos studenten, samt at det faktisk er et mål for studentens læring å tilegne seg en slik kompetanse.

Informantene i denne studien ga sterkt uttrykk for at de hadde behov for å tilegne seg kompetanse innen veiledning for å kunne bli bedre til å legge til rette for læring og vurdere studentene. I følge Skaug (2005) er det viktig at kontaktsykepleieren som veileder for sykepleiestudenter i praksisstudier, kjenner til og behersker ulike metoder for veiledning. De bør beherske det å etablere en relasjon, kunne anvende spesielle lytteteknikker, kjenne til ulike måter å stille spørsmål på, og de må kunne strukturere en veiledningssituasjon.

Å utvikle veiledningskompetanse er tidkrevende og krever et tilrettelagt tilbud, et tilbud høgskolen kan tilrettelegge uansett om de har veiledningsmodeller med fristilte praksisveiledere, eller fortsatt baserer seg på kontaktsykepleiermodellen. Teslo (2000) beskriver en veilederutdanning hvor man vektlegger at deltakerne gjennom perioden selv utøver veiledning og i utdanningsforløpet får veiledning på sin veiledning. Denne veiledning på veiledning gjennomføres i grupper og medvirker til at deltakerne kan få innsikt i sin egen egnethet som veileder, samtidig som de kan øve seg på ulike veiledningsmetodikker. Å være deltakende i et slikt utdanningsforløp innen veiledning vil

kunne gi mulighet for kontaktsykepleieren til å utvikle sin evne som veileder, sin evne til å etablere relasjoner med studentene, sin evne til å stille spørsmål som bidrar til refleksjon, analyse og syntese og endelig sin evne til feedback og vurdering. Alt dette vil kunne gi trygghet i forhold til å ha ansvar for veiledning og vurdering av sykepleiestudentene.

Halland (2004) beskriver fire ferdigheter som han mener er sentrale å utvikle for den som har veilednings- og vurderingsansvar. Disse ferdighetene er, observasjonsferdighet, analytisk ferdighet, kommunikasjonsferdighet og ferdighet i å gjennomføre målrettet samtale. Han fremhever at en viktig forutsetning for den målrettede samtalen er at den er knyttet til et plandokument. For praksisstudiene i sykepleierutdanningen skal den målrettede samtalen være knyttet opp mot utdanningens ramme-, fag- og måldokumenter. I forbindelse med gjennomføring av en veiledningsmodell i sykepleierutdanningen ved Høgskolen i Hedmark (Hov m. fl. 2005), stilles det krav til hovedveileder om deltakelse i veiledningsgruppe. Sammen med andre hovedveiledere får hovedveilederen veiledning på sin egen veiledning og sin gjennomføring av praksisvurderingen. Hovedveilederne har til nå vurdert dette tilbudet som verdifullt for deres utvikling av veilednings- og vurderingskompetanse.

Ved siden av å tilegne seg formell kompetanse innen veiledning og vurdering forventes det at kontaktsykepleierne tilegner seg nødvendig kunnskap om den praksisperiode de har ansvar for veiledning og vurdering i. I følge funn i en studie av Wilson-Barnett m. fl. (1995) var kontaktsykepleierne dårlig forberedt til å ta imot nye studenter. Kontaktsykepleierne manglet kunnskap om periodens mål og hvilke forventninger man hadde til dem. Høgskolens lærere har ansvaret for å forberede kontaktsykepleierne og praksisstedet til praksisperioden (HH 2006). Flere informanter i denne studien opplyste at de ikke hadde deltatt på samarbeidsmøter i forkant av studentenes praksisstudier og derfor ikke hadde tilegnet seg kunnskap om rammer, mål og krav i de aktuelle praksisperiodene. Manglende deltakelse ble begrunnet i mangel på frigjort tid til slik forberedelse, hvilket understreker behovet for veiledningsmodeller som sikrer frigjort tid for veiledning og vurdering.

7.0 Konklusjon og videre anbefalinger

Studien belyser at veiledning og formativ vurdering er tett knyttet til hverandre og at kvaliteten på veiledningen vil ha betydning for kvaliteten på vurderingen.

Mange funn i denne studien er i samsvar med tidligere forskning med fokus på kontaktsykepleier og vurdering i praksisstudier. Allikevel mener jeg at det er nye perspektiver som trer frem. Studiens funn om at kontaktsykepleier har ulike vurderingsrutiner alt etter om hun/han vurderer studenten som dyktig eller svak, opplever jeg som interessant. Vurderes studenten som svak øker kontaktsykepleierens behov for dokumentasjon av studentens kunnskaps- og kompetanseutvikling. Slik jeg tolker dette funnet får den svake studenten gode læringsbetingelser og en valid vurdering, mens den studenten som i utgangspunktet vurderes som dyktig ikke blir tatt hånd om på samme måten. Det kan oppfattes som brudd på rettferdighetskravet om at alle skal behandles og vurderes likt. Det finnes også en risiko for at førstehåndsintrykket av den dyktige student er feilaktig og at studenten overlates til seg selv.

Et annet funn som jeg mener er interessant, er informantenes opplevelse av mistillit og mistro mot deres vurderingskompetanse når det oppstår uenighet om vurderingsresultatet mellom dem og læreren. Denne opplevelsen har jeg ikke funnet beskrevet i litteraturen og forskningen jeg har hatt tilgang til under arbeidet med denne studien.

Med bakgrunn i analysen av informantenes erfaringer med å ha ansvar for vurdering i studentens praksisstudier, synes det klart at det er behov for en tilrettelegging av praksisstudiene for å sikre studentens rett på en valid og rettferdig formativ og summativ vurdering. Det kan synes som praksisfeltet har blitt pålagt et veilednings- og undervisningsansvar som det ikke er mulig å ivareta på en forsvarlig og kvalifisert måte, på grunn av de arbeidsoppgavene som ligger i helsesektoren generelt. For å øke kvaliteten på praksisveiledningen forutsettes det at praksisfeltet tilføres tid og kompetanse til å utføre det veilednings- og utdanningsansvar de er pålagt i loven.

For å bidra til at de grunnleggende betingelser for kontaktsykepleieren til å kunne ivareta dette ansvaret, anses det som nødvendig å innføre veiledningsmodeller hvor kontaktsykepleier har frigjort tid til dette arbeid. Ulike veiledningsmodeller kan ivareta et

nært samarbeid mellom høgsolen og praksisfeltet og være innrettet mot veiledning og vurdering som et kollektivt ansvar. Veiledningsmodeller som bidrar til et tett samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt, kan bidra til at behovet for støtte og feedback i forhold til kontaktsykepleierrollen ivaretas.

Målene for praksisperioden må i større grad konkretiseres og vurderingskriteriene som målene representerer må i større grad tydeliggjøres. I tillegg til en slik konkretisering bør det utarbeides en nivåbeskrivelse for bestått og ikke bestått praksisstudie. Dette arbeidet bør være et felles ansvar mellom høgsolen og praksisfeltet. Gode vurderingsrutiner og klart formulerte vurderingskriterier kan være med på å ivareta prinsippene om lik vurdering for alle studentene. Det er viktig at praksisperiodens målsetting utarbeides i fellesskap med praksisfeltet, slik at problemet med å tolke og forstå målene ikke er til hinder for verken veiledning eller vurdering av studentene. Gjennom arbeidet med studien har det blitt tydelig at kontaktsykepleier kan besitte en erfaring med praksisvurdering som bør bli benyttet i forbindelse med utarbeidelse av vurderingsverktøy.

Kontaktsykepleierne bør kvalifiseres til å drive refleksjonsbasert veiledning som ivaretar alle sykepleiers funksjonsområder. Videre bør de kvalifiseres til å dokumentere faglig vekst og utvikling hos studentene. Det vil si en styrking av deres kompetanse til å gjennomføre formativ og summativ vurdering av helheten i studentens profesjonelle sykepleiekompetanse. Kontaktsykepleierens kompetanse er nødvendig for å sikre utdanning av kritisk tenkende sykepleiere som utøver faglig forsvarlig sykepleie basert på vitenskapelig kunnskap. Det vil være naturlig at sykepleierutdanningen har ansvar for å utvikle denne kompetansen hos kontaktsykepleierne.

Det bør også legges til rette for en konkret opplæring av kontaktsykepleierne i forkant av den enkelte praksisperiode, med fokus på skolens program og mål, praksisperiodens mål og de samarbeidsformene det legges opp til. Høgsolen bør gi kontaktsykepleierne mulighet for deltakelse i veiledning på veiledning for kontinuerlig utvikling av deres kompetanse. Å delta i en veiledningsgruppe kan bidra til å øke kontaktsykepleierens trygghet i veilednings- og vurderingsarbeidet.

Skal høgsolens lærere fortsatt ha det formelle ansvar for den summative vurderingen, har skolen også et formelt ansvar for å sikre seg et valid vurderingsgrunnlag. En

veiledningsmodell hvor både avdelingens sykepleiere, hovedveiledere med frigjort tid til veiledning og vurdering og lærer kan bidra med data om studenten, kan sikre et godt vurderingsgrunnlag. Å utarbeide et felles dokumentasjonssystem for vurderingen kan ses i sammenheng med utvikling av mål og vurderingskriterier.

Vurdering i praksisstudier bør ses som en del av en større helhet. Denne studiens funn om kontaktsykepleiernes utfordringer i forbindelse med vurdering av studenter i praksisstudiene, bør medføre at høyskolen setter fokus på vurdering. Mangler et overordnet perspektiv på veiledning og vurdering blir arbeidet lett styrt av den enkelte aktør og deres verdier og perspektiver. Et vurderingsprogram bør ses på som en del av skolens lokale læreplan. Dette bør være forankret i den pedagogiske plattform som beskriver menneskesyn, kunnskapssyn og læringssyn som vurderingen skal utvikles ut fra. Forståelse av kunnskap og læring gir læringsaktivitetene en indre logikk, som igjen bør henge sammen med innholdet i vurderingen og vurderingsformen. Det er i samspill med læringsmål, arbeidsmåter, lærestoff, og bestemte didaktiske forutsetninger at vurderingen og veiledningen får betydning for resultatet av et læringsforløp.

7.1 Anbefalinger for videre studier

Det har vært spennende, interessant og lærerikt å arbeide med denne studiens tema. Etter å ha fått et innblikk i hvordan kontaktsykepleieren opplever gjennomføringen av vurderingen opplever jeg at det fortsatt er områder innen vurdering i praksisstudier som kan være interessante å undersøke.

I denne studien fant jeg at kontaktsykepleiere sitter med verdifull kunnskap om vurdering i praksisstudier. For å kunne tilrettelegge for en rettfredig og valid vurdering hadde det vært interessant å undersøke hvordan kontaktsykepleierne mener en slik vurdering bør gjennomføres.

Det fremkom av studiens funn at kontaktsykepleierne hadde ulike vurderingsrutiner alt etter om de opplevde studenten som dyktig eller svak. Det hadde vært interessant å undersøke hva denne forskjellen besto i og hvilke konsekvenser ulike vurderingsrutiner får for

studenten. Ytterligere hadde det vært interessant å undersøke hva kontaktsykepleieren mener karakteriserer den dyktige og den svake studenten.

Litteraturliste

- Amundsen, S. & Foss, J. (2000): Forutsetninger for valid vurdering av sykepleierstudenters sykepleiekompetanse ved frikjøp av praksisveiledere, Høgskolen i Hedmark.
- Andersen, S. B. (2002): Feltstudie av sygeplejestuderendes praksis i studiegrupper. Den sygeplejevidenskapelige kandidatuddannelse, Århus: Institutt for sygeplejevidenskap, Århus Universitet.
- Aspinwall, K., Simkins, T., Wilkinson, J. F. & McAuely, M. J. (1992): Managing Evaluation in Education, London: Routeledge.
- Athlin, E., Larsson, K., Norberg, C. & Persson, E. (1996): Modell for undervisning/handleddning av sjuksköterskestuderande under den praktiske delen av utdanningen, Umeå: Hälsohögskolan, rapport no. 13.
- Benner, P. (1984): From novice to expert, Excellence and power in clinical nursing, California: Addison-Wesley Publishing Company.
- Berg, B., L. (2001): Qualitative research methods for the social sciences, Long Beach: California State University.
- Bevis, E. & Watson, J. (1989): Toward a caring curriculum: New York: National League for Nursing.
- Bjerknes, M. S. (1986): Hvordan foregår veiledningen i praksisundervisningen?, Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt.
- Bjerknes, M. S., Granum, V. & Kollstad, M. (1986): Kunnskap – undervisning - læring i praksisfeltet, Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt.
- Bjones, I. & Storm Hansen, G. (1999): Kunnskap i sykepleiepraksis. Hva er det og hvordan læres det? Hovedfagsrapport nr. 13, Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Bjork, I. T. (1996): Håndens gjerning – er den undervurdert i dagens sykepleie? I: Bjerkreim, T., Mathiesen, J. & Nord, R.(Red.) Visjon, viten og vilje, Oslo: Universitetsforlaget.
- Björkström, M. (2005): Den professionella sjuksköterskan, Karlstad Universitet Studies.
- Burnard, P. (1991): A method of analysing interview transcript in qualitative research, Nurse Education Today, vol.11, 461-466.
- Burnard, P. (1995): Nurse educators' perceptions of reflection and reflective practice: a report of a descriptive study, Journal of Advanced Nursing, vol. 21, 1167-1174.

-
- Burnard, P. (1996): Teaching the analysis of textual data: an experiential approach, Nurse Education Today, vol.16, 279-281.
- Calman, L., Watson, R, Norman, I., Redfern, S. & Murrels, T. (2002): Assessing practice of student nurses: methods, preparation of assessors and student views, Journal of Advanced Nursing, vol. 38(5), 516-523.
- Chambers, M. (1998): Some issues in the assessment of clinical practice: a review of the literature, Journal of clinical nursing, Vol. 7, 201-208.
- Chekol, I. (2003): Handledning som undervisningsform i sjuksköterskeprogrammets praktik – en beskrivning av variation i innebörd, Lunds Universitet: Pedagogiske Institutionen.
- Christensen, N. (1998): Farvel til trynefaktoren, Sykepleien nr. 15.
- Christiansen, B. (1991): Kan kontaktsykepleieren vise vei til kunnskap i praksis, Oslo: Pedagogisk Forskningsinstitutt UIO.
- Christiansen, B. (1996): Hvorfor satse på kontaktsykepleieren, Oslo: Høgskolen i Oslo.
- Cowman, S. (1996): Student evaluation: a performance indicator of quality in nurse education, Journal of Advanced Nursing, Vol. 24(3), 625-632.
- Dolan, G. (2003): Assessing student nurse clinical competency: will we ever get it right? Journal of Clinical Nursing, vol. 12, s. 132-141.
- Downe-Wamboldt, B. (1992): Content analyses: Method, applications and issues, Health Care for Women International, vol.13, 313-321.
- Duke, M. (1996): Clinical evaluation – difficulties experienced by sessional clinical teachers of nursing: a qualitative study, Journal of Advanced Nursing, vol.23, 406-414.
- Dysthe, O. (2001): Dialog, samspill og læring, Oslo: Abstrakt Forlag.
- Ellefsen, B. (1996): Når organisasjon og yrke møtes, Publikasjonsserie 8:Universitetet i Oslo: Institutt for sykepleievitenskap.
- Eraut, M. (1998): Concepts of competence, Journal of Interprofessional Care, vol. 12, 127-139.
- Eriksson, K. (1992): Broar – introduksjon til vårdvetenskaplig metod, Liber Utbildning.
- Erlandson, D. A. (1993): Doing naturalistisk inquiry. A guide to methods, Newberry Park: Sage Publications.
- Fagermoen, M. S. (1983) Vurdering av praktisk dyktighet i sykepleie, Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Fagermoen, M. S. & Nygaard, A. K. (1989) Praksis, lære- eller oppholdssted, Oslo.

-
- Fagermoen, M. S., Nord, R., Hanestad, B. R. & Bjørnsborg, E. (red.) (1998): Fra kunst til kolikk, Oslo: Universitetsforlaget.
- Fallsberg, M., (1998): Having fun and learning by working together – an evaluation of an integrated training ward, Linköping University: Faculty of Health Sciences.
- Fitzpatrick, J. M, While, A. E. & Roberts, J. D. (1997): Measuring clinical performance: development of the King's Nurse Performance Scale, International Journal of Nursing Studies, Vol. 33(4), 349-360.
- Fly, M. (1994): Mesterlærerens betydning for god sykepleie, I: E. B. Jørgensen (red.) En antologi om sundheds- og sykepleie, Akademisk forlag.
- Fog, J. (1994): Med samtalen som utgangspunkt, Danmark: Akademisk Forlag A/S.
- Foss, B. (2003): Ansvar i veiledning - fra ontologi til praksis, Norsk tidsskrift for sykepleieforskning, vol 1
- Fowler, J. (1996): The organisation of clinical supervision within the nursing profession: a review of the literature, Journal of Advanced nursing, vol.23 (3): 471-478.
- Gibbs, G. (1992): Improving the Quality of Student Learning, Bristol: Technical and Education Services Ltd.
- Gibbs, G. (1998): Improving Teaching, Learning and Assessment, <http://www.chelt.ac.uk/gdn/conf/gibbs.htm>.
- Giro, E. (2000): Assessment of graduates and diplomats in practice in the UK – are we focusing the same level of competence, Journal of Clinical Nursing, Vol. 9, 330-337.
- Gjør, K. (1992): Honorar til sykepleiere som veileder studenter i praksis, Hedmark Sykepleiehøgskole: Erfaringsrapport.
- Gonda, J., Wotton, K., Edgecombe, K. & Mason, P. (1999): Dedicated education units. An evaluation, School of Nursing, Flinders University of South Australia. Contemporary Nurse: Vol. 8 (4).
- Goodlad, J. I. (1979): Curriculum Inquiry: The Study of Curriculum Practice, New York: McGraw-Hill Book Company.
- Granum, V. (1986): Praksisundervisning i sykepleierutdanningen, Rapport nr. 4, Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt.
- Granum, V., Nåden, D. Og Aasen, H. K. (1991): De var ikke der, Oslo: Betanien Sykepleierhøgskole.
- Guba, E. & Lincoln, Y. S. (1981): Effective evaluation, San Fransisco, Jossey Bass.
- Gustafsson, C. & Fagerberg, I. (2004): Reflection, the way to professional development? Journal of Clinical Nursing, vol. 13, 271-280.

-
- Gynnild, V. (2003): Når eksamen endrer karakter, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Hafting, M & Nessa, J. (1990): Vitenskapen om legekunsten. Kvalitative metoder i medisinsk forskning, Norsk legeforening; Tidsskriftet vol.110: 2546-9.
- Halkier, B. (2003): Fokusgrupper, København: Samfundslitteratur Roskilde Universitetsforlag.
- Halland, G. O. (2004): Læring gjennom stimulerende samspill, Bergen, Fagbokforlaget.
- Hall-Lord, M. L. & Athlin, E. (2005): Utvärdering av avtal gällande den verksamhetsförlagda utbildningen i sjuksköterskeprogrammet, Karlstad: Karlstad Universitet.
- Handal, G. & Lauvås, P. (1990): Veiledning og praktisk yrkesteori, Oslo: Cappelen Forlag.
- Handal, G. & Jacobsen, A. (2002): Exit eksamen, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Hansen, B. S. (2005): Evaluering av studieenhet. Odense: Medisinsk Center, Geriatrisk avdeling.
- Harlen, W. (1994): Enhancing quality in assessment, London: Paul Chapman Publishing Ltd.
- Haugstveit, T. B., Sjølie, G. & Øygarden, B. (2006): Vurdering som profesjonsfaglig kompetanse, Høgskolen i Hedmark, rapport 5.
- Havn, V. & Vedi, C. (1997): På dypt vann, Oslo: SINTEF.
- Havnes, A. & Raaheim, A. (2006): Vurdering og eksamen: I Strømsø, H., Hofgaard Lycke, K. Og Lauvås, P (red.) (2006): Når læring er det viktigste, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Heggen, K. (1995): Sykehuset som klasserom, Oslo: Universitetsforlaget.
- Hermansen, M.V., Carlsen, L. B., & Vråle, G. B. (1992): Sykepleiefaglig veiledning, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- House, E. (1993): Professional evaluation, London: Sage Publication.
- Hov, R, Andersen, S., Berg, K. E., Foss, J., Lysberg, K., Martinsen, F., Rørhus, G. & Steinseth, E. B. (2005): Oppfølging av sykepleiestudenter i praktiske studier – en ny modell, Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K. & Barbosa da Silva, A. (1996): Det kvalitative forskningsintervju som metode for å nærme seg den psykiatriske sykepleiers profesjonelle livsverden i kommunehelsetjenesten, Vård i Norden, 16 (2), 25-32.
- Høgskolen i Hedmark, HI, Institutt for sykepleie (2006): Plan for praktiske studier
- Inglar, T. (1999): Lærer og veileder, Oslo: Universitetsforlaget.

-
- Jerreling, L. & Agardh, I. S. (1997): Bedömning av kunnskap i klinisk praktik, Växjö: Vårdhøgskolan i Växjö.
- Jespersen, I., Thrysøe, L. Adolfsen, H. (2000): Den gode praktikvejlederen er mer vision end virkelighed, Sygeplejersken, nr. 42.
- Johnsen, L. O. (2000): Faglig utvikling som kontaktsykepleier, Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, UIO.
- Killingberg, B., Tønnesen, B. & Skjervold, E. (1997): Frafall på sykepleierstudiet. Diplomoppgave, Oslo: Handelshøgskolen BI.
- Kirkevold, M. (1996): Vitenskap for praksis, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kjeldstadli, K. (1994): Fortida er ikke hva den engang var, Oslo: Universitetsforlaget.
- Kjersheim, M. D. (2003): Læringsbarrierer i klinisk praksis, Sykepleien nr. 8.
- Kollstad, M. (1992): Praksisveileders rolle i sykepleierutdanningen, Lillehammer: Sykepleierhøgskolen i Oppland.
- Kommunehelsetjenesteloven. <http://www.lovdato.no/all/nl-19821119-066.html>
- Korp, H. (2003): Kunnskapsbedømmning, Stockholm: Myndigheten för Skolutveckling.
- Kristoffersen, N. J. (1998): Motivasjon og kompetanse – viktigere enn tid og penger for sykepleiere som er veiledere?, Rapport 1998:3, Høgskolen i Østfold.
- Krueger, R. A. (1998): Developing Questions for Focus Groups, Focus Group Kit 3, Newbury Park: Sage Publications.
- Krueger, R. A. (1998): Moderating Focus Groups, Focus Group Kit 4, Newbury Park: Sage Publications.
- Krueger, R. & Casey, M. A. (2000): Focus Groups. 3rd Edition, A Practical Guide for Applied Research, Newberry Park CA: Sage publications.
- Kvale, S. (1984): Om tolkning av kvalitative forskningsinterviews. Tidsskrift for Nordisk forening for Pedagogisk forskning. Nr. 3-4, 55-66.
- Kvale, S. (1997): Det kvalitative forskningsintervju, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvale, S. & Nielsen, K. (1999): Mesterlære, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kvangarsnes, M. (1997): Læreplananalytisk kompetanse, Sykepleien, nr. 10.
- Kunnskapsdepartementet (2006): Forskrift om skikkethetsvurdering i høyere utdanning.
- Kunnskaps- utdannings- og forskningsdepartementet (2000): Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning.

-
- Lauvås, P. & Handal, G. (2000) Veiledning og praktisk yrkesteori, Otta: J.W. Cappelen Forlag A/S.
- Lauvås, P & Jacobsen, A. (2002): Exit eksamen – eller?, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Liberto, T., Roncher, M. & Shellenbarger, T. (1999): Effective Clinical Evaluation and Record Keeping, Nurse Educator, Vol. 24(6), 15-18.
- Liegler, R. M. (1997): Predicting student satisfaction in baccalaureate nursing programs: testing a causal model, Journal of Nursing Education, vol. 36(8), 357-364.
- Linndberg-Sand, Å. (1996): Spindlen i klistret. Den kliniske praktikens betydelse for utvekkling av yrkeskompetens som sjuksköterska, Lund: Lunds Universitet, Pedagogiska Institutionen.
- Lohne, V. & Knutstad, U. (2001) Sykepleiestudenter i kliniske studier – en observasjonsstudie, Oslo: HIO-notat 2001 nr. 6.
- Lov om helsepersonell, <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-064.html>
- Lyngsnes, K. & Rismark, M. (2000): Veiledning i fagopplæring - mer enn tradisjonell mester-lærling forhold?, I: K. Skagen (red): Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning, Bergen: Fagbokforlaget.
- Löfmark, A. (2000): Student Nurses in clinical Practice. Studies in independence, assessment and performance. Uppsala: Uppsala University, Department of Public Health and Caring Sciences.
- McDaniel, R. & Bach, C. (1994): Focus Groups: A data-gathering strategy for nursing research, Nursing Science Quarterly, 7(1), 4-5.
- Malterud, K. (2003): Kvalitative metoder i medisinsk forskning, Oslo: Tano Aschehoug.
- Mathisen, J. (1993): Sykepleiehistorie, Oslo: Universitetsforlaget.
- McDaniel, R. & Bach, C.A. (1996): Focus Group Research. The Question of scientific rigor, Rehabilitation Nursing Research, Vol. 5(2).
- Mekki, T. E. & Tollefsen, S. (1998): Utvikling av lærerplaner for praksis, Bergen: Høgskolen i Bergen.
- Molander, B. (1993): Kunnskap i handling, Göteborg: Daidalos.
- Morgan, D. L. (1988): Focus Groups as Qualitative Research, London: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1998): Planning Focus Groups, Focus Group Kit 1, Newbury Park: Sage Publications.
- Morgan, D. L. (1998): Planning Focus Groups, Focus Group Kit 2, Newbury Park: Sage Publications.

-
- Neary, M. (2000): Responsive assessment of clinical competence: part 1, Nursing Standard, vol. 15 (9), 34-36.
- Norsk Sykepleierforbund, (1994): Funksjonsbeskrivelser for sykepleietjenesten, Fagseriehefte 1:94, Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- NOU (1988:28): Med viten og vilje, Kunnskapsdepartementet.
- Nyhus, H. B. (1998): Planlegging av praksisstudier, Oslo: Institutt for sykepleievitenskap.
- Pedagogisk – psykologisk ordbok (1991).
- Pedersen, K. L. (2000): Kontaktsykepleieren i dommerrollen, Bergen: Det medisinske og psykologiske fakultet, Senter for etter- og videreutdanning.
- Philhammer Andersson, E. (1997):Handledning av sjuksköterskestuderande i klinisk praktik, Göteborg: Göteborg Studies in Educational Sciences 116, Acta Universitatis Gothoburgensis.
- Phye, G. D. (Ed) (1997): Handbook of Classroom Assessment Learning, Academic Press.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995): Nursing research. Principles and Methods, Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Polanyi, M. (2000): Den tause dimensjonen, Oslo: Spartacus.
- Redfern, S., Norman, I., & Calman, L., Watson, R & Murrels, T. (2002): Assessing competence to practice, Research Papers in Education, vol. 17(1), 51-77.
- Ringdal, K. (2001): Enhet og mangfold, Bergen: Fagbokforlaget.
- Sandelowsky, M. (1986): The problem of rigor in qualitative research, Advances in Nursing Science, vol.8, 27-37.
- Scriven, M. (1991): Evaluation Thesaurus – 4 Th. Ed., London: Sage Publications.
- Sellapah, S., Hussey, T., Blackmore, A.M. & McMurray, A. (1998): The use of questioning strategies by clinical teachers, Journal of Advanced Nursing, vol.28 (1), 142-148.
- Severinsson, E. (1998): Bridging the gap between theory and practice: a supervision programme for nursing students, Journal of Advanced Nursing, Vol. 27: 1269-1277.
- Severinsson, E. (1999): Ethics in clinical supervision – an introduction to the theory and practice of different supervision models, Collegian, Vol. 6 (3): 23-28.
- Severinsson, E. & Lindstrøm, J. (1993): Handledning i vårdarbete i ljuset av tillampad hermeneutikk, Lund: Studentlitteratur.
- Sivberg, B. & Petersson, K. (1997): Self-image, Self-Values and Interpersonal Values Among newly Graduated Nurses, Nursing Ethics vol. 4(5), 407-422.

-
- Skaug, G. M. (2005): Gode fagfolk vokser, Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Skagen, K. (red.) (2000): Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning, Bergen: Kunnskapsforlaget.
- Skovsgaard, A. (2004): Dialogue and reflection between student nurses and their clinical instructor in clinical practice, *Vård i Norden*, vol. 24(1) 45-46.
- Steinsvåg, A. G. S. (1993): Formelle evalueringssituasjoner i praktiske studier – godkjenningsrituale eller redskap til vekst?, Drammen sykepleiehøgskole.
- Stenbek, U. (1991): Hvordan kan sykepleierutdannelsen bidra til å styrke studentenes selvaktelse? Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- Stewart, D. W. & Shamdasani, P. N. (1990): Focus Groups. Theory and Practice, London: Sage publications.
- Stortingsmelding nr. 40, (1990-91): Fra visjon til virke, Kirke- utdannings og forskningsdepartementet.
- Stortingsmelding nr. 27 (2000-2001): Gjør din plikt – krev din rett, Oslo: Utdannings- og forskningsdepartementet.
- Strømsø, H.(2006): Forskningsbasert undervisning: I Strømsø, H., Hofgaard Lycke, K. og Lauvås, P (red.) (2006): Når læring er det viktigste, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Studieveilederen 2006 / 2007, Høgskolen i hedmark.
- Söderberg, E. (1993): Handledningens betydelse, *Sjukskötersketidningen* nr.1, 16-18.
- Taras, M. (2005): Assessment- summative and formative- some theoretical reflections, *British Journal of Educational Studies*, Vol. 53: 466-478.
- Teslo, A. (2000): Mangfold i faglig veiledning, Oslo: Universitetsforlaget.
- Thrysøe, L., Adolfsen, H. & Jespersen, I. (1999): Den gode praktikvejleder, Odense: Odense Universitetshospital.
- Thrysøe, L. & Kjerholt, M. (2004): Fra kuvøse til klinikk, *Sygeplejersken* nr 22: 42-44.
- Tillgren, P. & Wallin, E. (1999): Fokusgrupper- historik, struktur och tillämpning, *Sosialmedisinsk Tidsskrift*, 76 (4), 312-321.
- Torrance, H. & Pryor, J. (1998): Investigating Formative assessment Teaching, Learning and Assessment in the Classroom, Open University Press.
- Tveiten, S. (2002): Veiledning - mer enn ord, Bergen: Fagbokforlaget.

-
- Usher, K., Nolan, C., Reser, P., Owens, J. & Tollefson, J. (1999): An exploration of the preceptor role: preceptor's perception of benefits, rewards, supports and commitment to the preceptor role, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 29(2), 506-514.
- Universitets- og Høgskolerådet (2006): Notat om forslag til revidering av rammeplan for sykepleierutdanning.
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2004): Rammeplan for sykepleierutdanning.
- Vareide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R. og Røhme, K. (2001): Stykkevis og helt, Oslo/Trondheim: SINTEF Unimed helsetjenesteforskning.
- Velund, R. U. (2002): Opplæring i praksisstudier ved sykepleierutdanningen i Østfold, Oslo: UIO, Medisinsk fakultet, Seksjon for Helsefag.
- Wackerhausen, S. (1999): Det skolestiske paradigmet og mesterlære, I: K. Nielsen & S. Kvale, *Mesterlære*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A. & Porock, D. (2002): Clinical competence assessment in nursing: a systematic review of the literature, *Journal of advanced Nursing*, vol. 39(5), 421-431.
- Westermarck, B. (1989): Bedömning av sjuksköterskestuderande i klinisk omvårdnadsarbete, Umeå: Vårdhögskolan, Umeå, rapport 6.
- While, A., Fitzpatrick, J. M. & Roberts, J.D. (1998): An exploratory study of similarities and differences between senior students and from different pre-registration nurse education courses, *Nurse Education today*, vol. 18, 190-198.
- Wickmann-Hansen, G. (2004): *Praktikk i lægeuddannelsen. En kvalitativ studie om læring og veiledning i klinikken*, Århus: Det sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet.
- Williamson, G., R. & Webb, C. (2001): Supporting students in practice, *Journal of Clinical nursing*, vol.10, 284-292.
- Wilson-Barnett, J., Butterworth, T., White, E., Twinn, S., Davies, S. & Riley, L. (1995): *Journal of Advanced Nursing*, vol. 21, 1152-1158.
- Witte, L. (2004): *Læring i og mellom mennesker*, Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Wolley, A. (1977): The long and Tortured History of Clinical Evaluation, *Nursing Outlook*, vol. 25 (5), 308-314.
- Öhlen, J. & Erixon, G. (2005): Et nivåspecifikt bedömningsinstrument för sjuksköterskeprogrammets kliniske utbildning, *Vård i Norden*, vol. 25(3), 61-67.
- Ørskov, P. (2005): Studerende overtager afdeling, *Ugeskrift for læger*: vol. 167 (4).

Ålvik, T. (1999): Askeladden og de gode hjelpere, perspektiver på evaluering, Norsk pedagogisk tidsskrift, (6) 331-342.

Vedlegg

Vedlegg 1

Til

SØKNAD OM TILLATELSE TIL Å BRUKE SYKEPLEIETJENESTEN VED ... DATASAMLING I FORBINDELSE MED MIN HOVEDOPPGAVE VED INSTITUTT FOR SYKEPLEIEVITENSKAP, UNIVERSITETET I OSLO

I forbindelse med at jeg for tiden er student ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo arbeider jeg med min hovedoppgave som handler om vurdering i praksisstudier. Jeg søker i den forbindelse om tillatelse til å gjennomføre en datasamling ved [...]

Studien har følgende arbeidstittel:

Kontaktsykepleierens erfaringer med vurdering av sykepleierstudenter i praksisstudier. Hvordan gjennomfører kontaktsykepleieren vurdering og hvordan de opplever ansvaret for vurderingen. Hvilke faktorer har betydning for gjennomføringen av en valid vurdering?

Denne forespørsel dreier seg om tillatelse til å benytte offentlig godkjente sykepleiere, med erfaring som kontaktsykepleier, som informanter i min studie. Jeg vil gjerne intervjuvue åtte sykepleiere ved deres institusjon. Fra deres felt ønsker jeg sykepleiere fra [...]

Datasamlingen vil skje ved hjelp av fokusgruppeintervju. Jeg planlegger to intervju i hver gruppe, og hvert intervju vil ha en varighet på 90 min. Undersøkelsen planlegges gjennomført januar/februar med første intervju 12. januar kl. 14.00 og andre intervju 9. februar kl. 14.00. Jeg ønsker å gjennomføre intervjuene i lokaler tett ved arbeidsstedet.

Jeg håper at interesserte deltakere evt. kan få tillatelse til å delta i studien selv om de evt. er i arbeid på de aktuelle tidene. Ut over det er det ingen kostnader for institusjonen

forbundet med studien. Dere vil få et eksemplar av den ferdige oppgaven etter sensur og jeg bidrar gjerne med en presentasjon av studien funn hvis det kan ha interesse for dere.

Dersom jeg får tillatelse til å gjennomføre studien ved [...] håper jeg dere kan være behjelpelig med å distribuere forespørsel og informasjonsbrev til sykepleierne. Brevene vil bli levert til dere straks jeg har mottatt bekreftelse på tilgang til feltet fra dere.

Deltakernes konfidensialitet vil bli ivaretatt etter gjeldende retningslinjer.

Min veileder på hovedoppgaven er Professor Elisabeth Severinsson, Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Tlf. 22 85 05 63

Jeg håper på en positiv behandling av denne henvendelsen og håper på et snarlig svar.

Dersom dere har spørsmål vedrørende studien eller gjennomføringen kan jeg kontaktes på tlf. 62 81 73 40. Dere er også velkomne til å ta kontakt med min veileder.

Med vennlig hilsen

Jette E. Foss
Jernbanegt. 46
2211 Kongsvinger

Vedlegg 2

INFORMASJON OM DELTAKELSE I STUDIEN EVALUERING AV SYKEPLEIESTUDENTER I KLINISKE STUDIER

Mitt navn er Jette Foss. Jeg er for tiden student ved Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo og skal i forbindelse med mine studier skrive en hovedoppgave. Jeg har overfor ledelsen søkt om å gjøre deler av studien på din arbeidsplass.

Hovedoppgavens tema er studentevaluering i klinisk praksis. Det er en av de oppgavene som lærer og kontaktsykepleier har delt ansvar for. En oppgave som stiller store krav til rettferdighet og praktisk gjennomføring, slik at vurderingen kan skape vekst og utvikling. I den forbindelse er jeg interessert i å høre om din erfaring med studentevaluering og inviterer deg til å delta i min undersøkelse.

Deltakelse vil for deg bety at du må ha erfaring med å være kontaktsykepleier og ha deltatt i gjennomføring av studentevaluering. Det har ingen betydning hvor mange ganger du har deltatt. Datasamlingen vil foregå ved hjelp av gruppeintervju med 8 deltakere og vil vare ca. 90 minutter. Intervjuene vil finne sted 12. januar og 9. februar fra kl.13.00 til 14.30. Jeg beregner at intervjuene kan foregå på arbeidsplassen din. Har du spørsmål om deltakelse er du velkommen til å ta kontakt med meg på telefon 62 81 73 40.

All data som jeg kommer i besittelse av vil bli anonymisert slik at det ikke er mulig å finne tilbake til kilden. Det vil til enhver tid være mulig å trekke seg fra studien om det skulle være ønskelig. Jeg håper at du vil finne det interessant å delta i denne studien og vil sette stor pris på ditt bidrag til min hovedoppgave.

På forhånd takk!

Vennlig hilsen

Jette Foss, Jernbanegt. 46, 2211 Kongsvinger, tlf. 62 81 73 40

Ja, jeg ønsker å delta i studien:

Navn _____ Arbeidssted _____

Påmeldingslappen leveres til oversykepleier innen 08.12.00

Vedlegg 3

DELTAKERDATA.

NAVN _____ NR. _____

ALDER _____ KJØNN: K ____ M ____

ARBEIDSSTED _____

ANTALL ÅR SOM SYKEPLEIER _____

ANTALL ÅR (EVT.) ANTALL GANGER) SOM KONTAKTSYKEPLEIER _____

Hvor mange studenter _____ (Angi ca. antall hvis ikke du husker nøyaktig antall)

VEILEDERUTDANNING JA ____ NEI ____ (SETT KRYSS)

SPESIALUTDANNING INNEN _____

Alt datamateriale som brukes i studien vil anonymiseres og det vil ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i studien. Disse data vil oppbevares adskilt fra intervju data.

Vedlegg 4

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg har blitt forespurt om å delta i fokusgruppeintervju i forbindelse med Jette Foss' hovedoppgave ved Institutt for Sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo. Jeg er informert om at innholdet i intervjuene skal være mine erfaringer og tanker om evaluering av sykepleiestudenter i klinisk praksis.

Før intervjuet vil jeg fylle ut et skjema med personopplysninger (demografiske data). Skjemaene kodes ved at deltakerne får tildelt hvert sitt nummer. Jeg samtykker i at taushetsplikten gjelder for opplysninger fremkommet under fokusgruppeintervjuene.

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd og deretter vil all intervjudata skives inn på data og lagres på egen diskett. Alle henvendelser til meg under intervjuet vil foregå ved hjelp av mitt nummer for å ivareta min anonymitet. Lydbånd og datamateriale vil oppbevares nedlåst. Hvert bånd vil ha et referansenummer som knytter det til en manuell liste med nummer og demografiske data for den enkelte gruppedeltaker. De opplysninger jeg gir skal ikke kunne føres tilbake til meg personlig. Listene vil bli oppbevart nedlåst og atskilt fra lydbåndene. Lydbånd og alt annet dataregistret materiale vil bli bevart med tanke på evt. oppfølgings- undersøkelse.

I tilfelle jeg har spørsmål etter intervjuet kan jeg kontakte Jette Foss, tlf. 62 81 73 40 eller hennes veileder Professor Elisabeth Severinsson, tlf. 22 85 05 63 Institutt for Sykepleievitenskap. Jette Foss kan kontakte meg med samme begrunnelse, og sammen med resten av gruppe medlemmene evt. gjøre avtale om et nytt intervju.

Det innhentes tillatelse fra datatilsynet om å gjennomføre studien.

Jeg har lest informasjonen og er innforstått med at deltakelse er frivillig og at jeg på hvilket som helst tidspunkt kan trekke meg fra deltakelse i studien.

Dato: _____

Sted: _____

Intervjuperson

Forsker

Vedlegg 5

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hans Holmboesgt. 22
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47/ 55 58 21 17
Fax: +47/ 55 58 96 50
E-mail: nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no

Jette E. Foss
Jernbanegt. 46
2211 KONGSVINGER

Dato: 02.10.2000 Vår ref: 200000979 LT/RH

Deres dato: 22.09.2000

Deres ref:

VEDR. MELDING OM OPPRETNING AV PERSONREGISTER

Vi viser til melding om oppretting av personregister mottatt 26.09.2000. Meldingen gjelder prosjektet: 7564 "Kontaktsykepleiers erfaringer med vurdering av sykepleiestudenter i kliniske studier - hvordan gjennomfører kontaktsykepleierne vurderingen og hvilke faktorer har betydning for en vellykket gjennomføring og implementering av vurderingsaktiviteten."

I henhold til avtale mellom Det norske universitetsråd, Det norske høyskolerådet og Norges forskningsråd, skal personregistre som opprettes til forskningsformål, meldes til Datafaglig sekretariat ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Etter en gjennomgang av melde-skjema og dokumentasjon finner Datafaglig sekretariat at det personregisteret som opprettes vil falle inn under § 2-17 i forskrift til personregisterloven. Dette betyr at registeret fritas fra konsesjonsplikten etter § 9 i personregisterloven."

Forskningsinstitusjonens ledelse er pliktig til å føre oversikt over personregistre som er fritatt fra konsesjonsplikt. Etter avtale med Det norske universitetsråd og Det norske høyskolerådet fører Datafaglig sekretariat en slik oversikt på vegne av den enkelte forskningsinstitusjon. Forskningsinstitusjonen beholder det formelle registeransvaret i henhold til forskriftens kapittel 3, og har ansvaret for at bestemmelsene om sikring, utlevering, kopling og sletting av data etterleves.

Vilkår for konsesjonsfritak etter § 2-17 er at det er frivillig å delta, at førstegangskontakten opprettes gjennom faglig ansvarlig person ved den institusjonen respondenten er registrert, at respondentenes skriftlige samtykke til alle deler av undersøkelsen innhentes, at materialet slettes eller anonymiseres ved prosjektavslutning, og at prosjektet ikke varer mer enn fem år.

Vår vurdering er basert på følgende opplysninger fra prosjektleder:

- Formålet med prosjektet er å kartlegge sykepleieres erfaring med studentveiledning.
- Utvalget omfatter offentlig godkjente sykepleiere med erfaring som kontaktsykepleier og deltakelse i studentvurdering, totalt 16 personer.
- Utvalget er trukket fra tre sykehusavdelinger. Førstegangskontakten opprettes av oversykepleier eller avdelingsleder (alt etter organisasjonsform).

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, P.O.Box 1055 Blindern, N-0316 Oslo. Tel: +47/ 22 85 52 11. E-mail: nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, N-7491 Trondheim. Tel: +47/ 73 59 06 04. E-mail: kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, ISV/Universitetet i Tromsø, N-9037 Tromsø. Tel: +47/ 77 64 43 36. E-mail: nsdmaa@isv.uit.no

- Opplysningene samles inn gjennom intervju.
- Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Informasjonsskrivet redegjør for bakgrunnen og formålet med prosjektet, presentasjon av prosjektleder, hva deltakelse innebærer, at man kan trekke seg når som helst og få opplysninger om seg slettet samt hva som skal skje med innsamlet datamateriale ved prosjektslutt.
- Innsamlete opplysninger vil bli anonymisert ved prosjektslutt.
- Prosjektslutt er angitt til 01.09.2001.

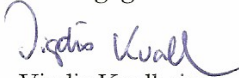
Opplegget for undersøkelsen vil ut fra dette oppfylle kravene for konsesjonsfritak. Det er grunn til å understreke at selv om det ikke er nødvendig å innhente konsesjon fra Datatilsynet, vil de alminnelige reglene i personregisterloven fremdeles gjelde.

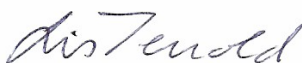
Dersom prosjektet endres i forhold til oversendte meldeskjema og tilhørende dokumentasjon, kan det utløse konsesjonsplikt og bør vurderes på nytt av Datafaglig sekretariat.

Datafaglig sekretariat vil ved prosjektets avslutning rette en henvendelse om arkivering av innsamlet datamateriale. Dette blir gjort både for å sikre at data ikke blir unødvendig slettet, og for å kunne yte bistand dersom det likevel skulle oppstå behov for konsesjonsbehandling i forbindelse med lagring av datamaterialet.

Kontaktperson: Lis Tenold tlf. 55 58 33 77/ 55 58 21 17

Vennlig hilsen
Datafaglig sekretariat


Vigdis Kvalheim


Lis Tenold

cc: Institusjonens ledelse
v/Elisabeth Severinsson
Institutt for sykepleievitenskap, UiO
Nedre Ullevål 9
Postboks 1120 Blindern
0317 OSLO

Vedlegg: Utdrag fra personregisterloven kapittel 3 og forskrift til personregisterloven kapittel 2 og 3.